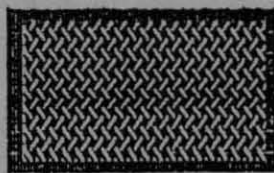
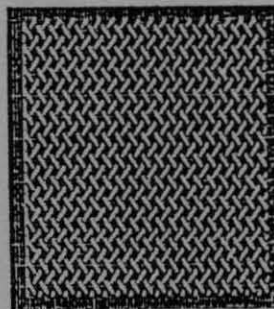


Tinjauan Kepustakaan :

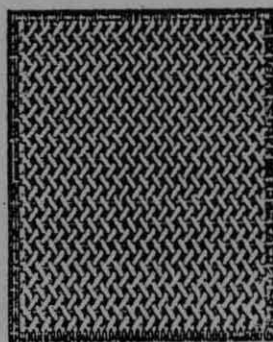
EKTROPION DIDAPAT DAN PENATALAKSANAANNYA



Oleh :
Dr. SUNARYO
Pembimbing :
Dr. ROWENA G. HOESIN



dibacakan pada
tanggal 15 April 1994



LABORATORIUM / UPF ILMU PENYAKIT MATA
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA/
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr.SOETOMO
SURABAYA

SURGERY, EYES

KKU

KK

0002219953141

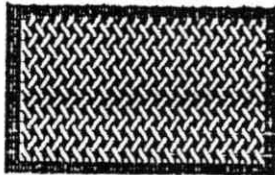
617.71

Sun

e

Tinjauan Kepustakaan :

EKTROPION DIDAPAT DAN PENATALAKSANAANNYA



SELESAI
PAMERAN

16 OCT 1996

Oleh :
Dr. SUNARYO
Pembimbing :
Dr. ROWENA G. HOESIN



dibacakan pada
tanggal 15 April 1994



LABORATORIUM / UPF ILMU PENYAKIT MATA
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA/
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr.SOETOMO
SURABAYA


00022 1995 3141

PERBAIKAN MAKALAH

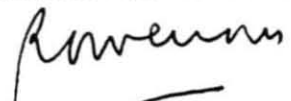


1. Garis datar diganti dengan angka.
2. Trikhiasis diganti dengan Trikiasis.
3. Pada tindakan operasi ditambahkan :
Tindakan operasi ini dilakukan apabila tidak ada perbaikan dari ektropion paralitik selama 8 - 12 bulan.
4. Flap diganti dengan Flep.
5. Regangan diganti dengan Kekendoran.
6. Daftar Kepustakaan.

Mengetahui Ibu Asuh


(dr. Hamidah M. Ali)

Mengetahui Ibu Pembimbing


(dr. Rowena Ghazali Hoesin)

DAFTAR ISI

	halaman
I. PENDAHULUAN	1
II. BATASAN	2
III. ANATOMI	2
III.1. OTOT ORBIKULARIS OKULI	2
III.2. TARSUS	3
III.3. FASIA KAPSULOPALPEBRA	3
III.4. LEVATOR PALPEBRA	3
III.5. VASKULARISASI	3
III.6. PERSARAFAN	4
IV. KLASIFIKASI	5
V. EKTROPION SENILIS	5
V.1. MEDIAL EKTROPION	11
VI. EKTROPION SIKATRIK	14
VI.1. LUKA BAKAR	15
VI.2. TRAUMA MEKANIK	18
VI.3. KOMPLIKASI BLEFLAROPLASTI	19
VII. EKTROPION PARALITIK	20
VIII. EKTROPION MEKANIK	27
IX. EKTROPION SPASTIK (TARSAL EKTROPION)	27
X. PENYULIT EKTROPION	30
XI. PEMERIKSAAN	31
XII. RINGKASAN	32
XIII. PENUTUP	33
XIV. DAFTAR KEPUSTAKAAN	34

DAFTAR GAMBAR

	halaman
Gambar 1 : Potongan melintang palpebra	3
Gambar 2 : Kauterisasi Ziegler	7
Gambar 3 : Tarsoconjunctival ellipsis dari Tarson	8
Gambar 4 : Pemendekan diameter horisontal	9
Gambar 5 : Pemendekan palpebra inferior cara Smiths	11
Gambar 6 : Cara Byron Smiths	12
Gambar 7 : Kombinasi (Dryden) dan pemendekan horisontal kantus lateralis	14
Gambar 8 : Pemendekan horisontal dengan transposisi cangkok kulit	16
Gambar 9 : Cangkok kulit dengan ketebalan penuh	17
Gambar 10 : Palpebra Sling dari Arison's	23
Gambar 11 : Lateral Tarsorafix Mc. Laughlin	24
Gambar 12 : Medial Kantorafix	25
Gambar 13 : Lateral Canthal Sling	26
Gambar 14 : Koreksi Tarsal Ektropion pada usia tua	28
Gambar 15 : Koreksi tarsal Ektropion pada usia muda	29

DAFTAR TABEL

	halaman
Tabel 1 : Tahapan ektropion senilis	6



UCAPAN TERIMA KASIH KAMI SAMPAIKAN KEPADA YTH. :

1. Dr. Rowena Ghazali Hoesin, sebagai pembimbing yang telah memberikan pengarahan, koreksi dalam penyusunan makalah ini sampai dapat terselesaikan.
2. Dr. Hamidah M. Ali, sebagai Ibu asuh yang telah memberi dorongan dan saran dalam penyusunan makalah ini sampai selesai.
3. Dr. Diany Yogiantoro, sebagai Ketua Program Studi Ilmu Penyakit Mata FK. Unair/RSUD. Dr. Soetomo yang telah menjadwalkan waktu untuk pembacaan makalah ini.
4. Dr. Wisnujono Soewono, sebagai Kepala Laboratorium / UPF. Ilmu Penyakit Mata FK. Unair / RSUD. Dr. Soetomo yang telah memberikan kesempatan untuk menyampaikan makalah ini.
5. Seluruh Staf Laboratorium / UPF. Ilmu Penyakit Mata FK. Unair/RSUD. Dr. Soetomo yang telah ikut membantu, baik dalam kepustakaan maupun saran dalam penyusunan makalah ini.
6. Bapak/Ibu moderator dan sekretaris sidang yang telah meluangkan waktu untuk memimpin sidang pada pembacaan makalah ini.
7. Teman sejawat peserta PPDS I yang telah memberikan bantuannya sehingga makalah ini dapat terselesaikan.

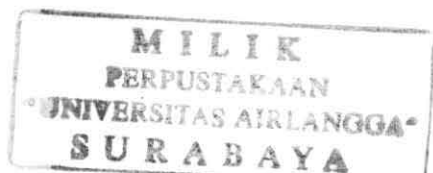
PENDAHULUAN

Palpebra merupakan salah satu bagian yang penting dari mata karena disamping melindungi bagian depan bola mata, juga mempunyai fungsi ganda yaitu membantu pupil mengatur banyaknya cahaya yang menuju retina, dan pada waktu mengedip palpebra berfungsi seperti penghapus yang menyebarkan lapisan "tear film" diatas permukaan kornea. Apabila didapatkan kelainan dari palpebra seperti eversi dari punggut, malposisi palpebra dan kelumpuhan dari muskulus orbikularis okuli, maka ketiga faktor tersebut diatas akan menyebabkan gangguan fungsi ekskresi dan sekresi air mata maupun proteksi terhadap bola mata. (6,11)

Malcom Bick berpendapat bahwa palpebra tetap pada posisinya karena adanya jaringan penyangga yaitu otot orbikularis okuli, tarsus dan tendon tarsal. Apabila terjadi kelainan dari salah satu faktor tersebut dapat mengakibatkan terjadinya ektropion. Pathogenesis dari ektropion sangat bervariasi, walaupun demikian gejala dan keluhannya cenderung sama. (11, 12)

Pada ektropion yang progresif maka konjungtiva akan terpapar secara kronis, hal ini akan menimbulkan perubahan inflamasi didalam jaringan palpebra terutama sel-sel goblet dan epitel konjungtiva, keadaan ini akan menyebabkan hipertropi dan keratinisasi pada konjungtiva dan akan memperberat keadaan ektropionnya. (2, 7, 17)

Pada palpebra yang tidak dapat menutup sempurna, kornea akan terpapar dan timbul penyulit berupa epithelial punggut di kornea. Bila terjadi sekunder infeksi bisa mengakibatkan ulkus kornea, endoftalmi dan perforasi. Lalardrie 1971 mengatakan bahwa penatalaksanaan ektropion



tergantung dari faktor penyebab, derajat ektropion dan keluhan penderita. Secara prinsip penatalaksanaan ektropion adalah mengembalikan palpebra pada posisi anatomi yang normal. Tujuannya selain untuk melindungi bola mata dan keindahan, juga untuk mempertahankan fungsi penglihatan. Penulis tertarik untuk mempelajari lebih jauh tentang ektropion karena penyulit yang ditimbulkannya dan keluhan dari penderita. Dalam makalah ini akan dibahas mengenai anatomi, patofisiologi, diagnosis, penyulit serta penatalaksanaan ektropion. (7, 8, 15, 17)

BATASAN

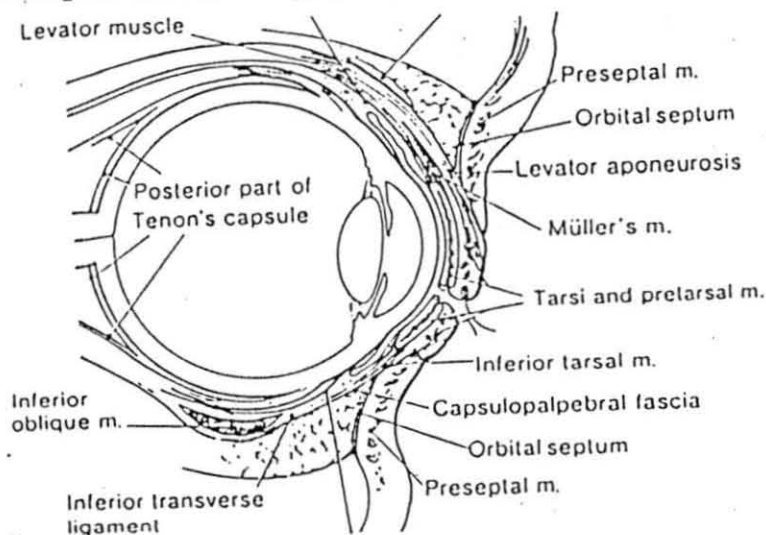
Ektropion adalah malposisi dari palpebra, dimana palpebra membalik ke arah luar dari bola mata dengan faktor penyebab yang bervariasi. (2, 7, 8, 12)

I. ANATOMI PALPEBRA

III.1. OTOT ORBIKULARIS OKULI

Merupakan otot sirkuler kasar dan berfungsi untuk memejamkan mata. Terdiri atas bagian orbita, praseptum dan pratarsus bertitik origo diatas fascia kantong lakrimal. Dengan berkontraksinya otot ini sekresi lakrimal terpompa kedalam duktus nasolakrimalis. (2, 6)

Gambar 1 : Potongan melintang palpebra.



Diambil dari : Vaughan D. General Ophthalmology, 13th,
Lange Medical Publishing, 1992, p. 81

II.2. TARSUS

Tarsus memberi bentuk dan kekuatan pada palpebra, terletak diantara otot orbikularis okuli dan septum orbitalis. Terdiri dari jaringan ikat kolagen dan serat-serat elastis dan tidak mengandung kartilago. Tepi dari tarsus terikat ke tepi medial dan lateral orbita oleh suatu jaringan ikat kuat yang disebut ligamentum palpebra lateralis dan ligamentum medialis. (8, 16)

III.3. FASIA KAPSULOPALPEBRA

Pembungkus fasia yang kuat ini didapatkan dibawah lemak orbita dari palpebra inferior. Kapsulopalpebra ini membentang diantara ligamen transversa inferior dan tepi bawah dari tarsus palpebra inferior, melintas dibawah otot orbikularis inferior. Karena ada hubungannya dengan ligamen suspensoris dan tarsus, maka kapsulopalpebra ini termasuk bagian dari retraktor palpebra inferior. (16)

III.4. LEVATOR PALPEBRA

Otot levator palpebra aponerosisnya berinsersi ke permukaan anterior lempeng tarsus dan kulit, otot ini berfungsi mengangkat kelopak mata. (2, 6)

III.5. VASKULARISASI

Vaskularisasi dari palpebra berasal dari cabang arteri oftalmika dan arteri facialis, yang membentuk arkus superior dipinggir atas dan arkus inferior dipinggir bawah tarsus. Dari arkus-arkus

ini keluar pembuluh darah yang menuju kulit, ujung palpebra dan menerobos tarsus menuju konjungtiva. Pembuluh darah vena mengikuti jalannya arteri, untuk kemudian menjadi vena facialis dan vena oftalmika dan masuk kedalam sinus kavernosus didalam ruang tengkorak. Cabang dari vena ini ada yang masuk di antara otot orbikularis okuli, apabila otot ini mengadakan spasme dapat menimbulkan bendungan dan palpebra menjadi bengkak. Dengan adanya hubungan ke sinus kavernosus dari arteri oftalmika, maka bila terjadi peradangan di palpebra harus ditangani secara baik. (6, 7, 14)

III.6. PERSARAFAN

Persarafan palpebra terdiri dari: (10, 14)

A. Saraf Motorik :

1. N. Fasialis yang memberi persarafan untuk otot orbikularis okuli, mempunyai cabang n. temporalis dan n. zigomatikus.
2. N. Okulomotorius yang memberikan persarafan untuk otot levator palpebra.
3. Saraf simpatis yang memberi persarafan ke otot Muller.

B. Saraf Sensoris :

Saraf sensoris untuk palpebra adalah n.maksilaris dan n. oftalmikus, keduanya merupakan cabang n. trigeminus.

C. Saraf Otonom :

Memberikan persarafan untuk otot-otot polos dari pembuluh darah dan kelenjar palpebra.

KLASIFIKASI

Tujuan : Pembagian klasifikasi ini untuk mengetahui pengertian dasar penyebab ektropion dan penatalaksanaannya. (7, 12, 17)

Klasifikasi ektropion didapat menurut Mustarde.

Ektropion Senilis

Ektropion Sikatrik

Ektropion Paralitik

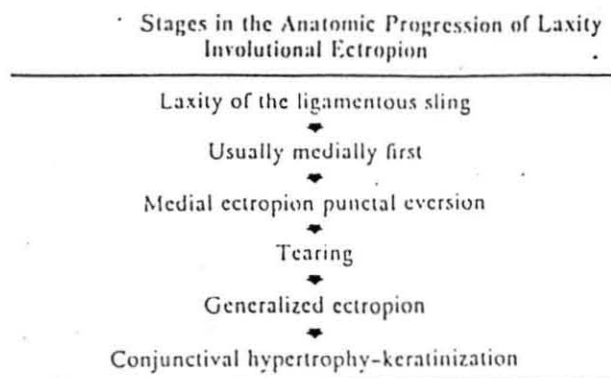
Ektropion Mekanik

Ektropion Spastik (Tarsal Ektropion)

EKTROPION SENILIS**Patofisiologi**

Dryden dan Doxanas menjelaskan bahwa ektropion senilis disebabkan oleh adanya kekendoran tendon palpebra lateralis dan tendon palpebra medialis, hal ini akan menyebabkan kekendoran jaringan periokuler dan malposisi dari palpebra. Pada ektropion senilis proses ini sering mengenai palpebra inferior karena gaya berat dari palpebra itu sendiri. Keadaan ini makin progresif oleh karena palpebra tidak dapat menutup secara sempurna, maka konjungtiva menjadi kering hal ini akan merangsang reflek hipersekresi dari air mata dan penderita sering menggosok matanya karena epifora. Karena konjungtiva terpapar secara kronis maka akan terjadi perubahan epitel dari konjungtiva sehingga terjadi hipertropi dan keratinisasi, dan pada pungtum itu sendiri mungkin akan terjadi stenosis atau atresia.

Tabel 1 : Tahapan ektropion senilis (2, 7, 12, 14)



Diambil dari : Miller SS :Clinical Ophthalmology, Wright,
 Bristol, 1987, p. 382

Diagnosis :

Diagnosis dibuat berdasarkan :

1. Sering terjadi pada usia tua
2. Adanya tonus palpebra yang menurun atau atrofi jaringan lemaknya orbita.
3. Adanya kelemahan dari tarsoligamentum.

Penatalaksanaan ektropion senilis.

Lalardrie mengatakan bahwa penatalaksanaan ektropion senilis tergantung dari derajat ektropion itu sendiri dan keluhan penderita.

A. Kauterisasi dari Ziegler.

Indikasi :

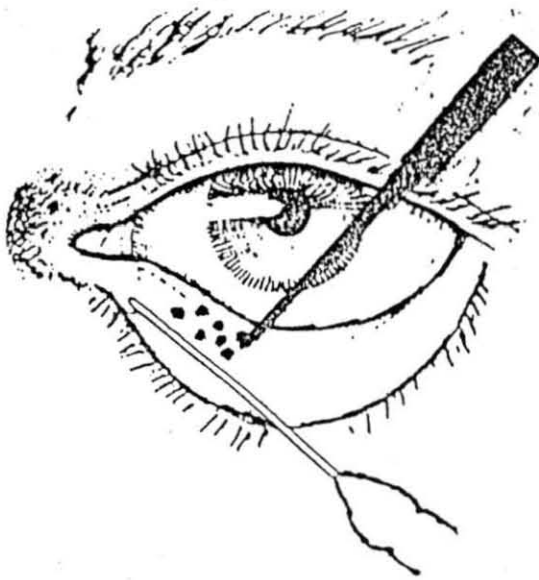
1. Ektropion yang ringan
2. Adanya eversi dari pungtum
3. Belum terjadi penebalan dari konjungtiva
4. Adanya keluhan epifora

Cara kerja dari kauterisasi Ziegler :

1. Kauterisasi dilakukan dibawah pungtum yang sebelumnya dimasuki sonde untuk menyelamatkan pungtum sewaktu kita bekerja.

2. Kauterisasi dimulai pada permukaan konjungtiva sampai tarsus, kira-kira sebanyak 4 - 6 titik, disesuaikan dengan ektropionnya.
3. Kontraksi jaringan fibrous terjadi selama 3-4 minggu.

Gambar 2 : Kauterisasi Ziegler



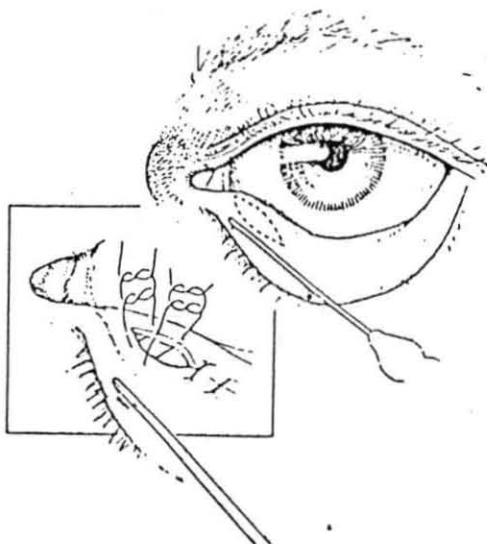
Diambil dari : Milder B : The Lacrimal System, Appleton,
New York, 1983, p. 167

B. Tarsconjunctival ellips dari Terson.

Indikasi :

Tindakan dilakukan apabila cara kauterisasi dari Ziegler gagal, yaitu dikenal dengan minor conjunctivoplasty.

Gambar 3 : Tarsconjunctival ellips dari Terson.



Diambil dari : Spaeth GL.: Ophthalmic Surgery, WB.Saunders Company, 1990, p. 555.

Cara kerja :

1. Buat irisan berbentuk ellips pada konjungtiva dan tarsus dibawah pungtum, yang sebelumnya dimasuki sonde untuk identifikasi.
2. Irisan sepanjang 5-6 mm, dibagi 1/3 medial dari pungtum dan 2/3 lateral dari pungtum dengan diameter 3-4 mm arah vertikal.
3. Tutup luka dengan benang plain catgut 6-0.

C. Pemendekan diameter horisontal pada kantung lateralis.

Indikasi :

1. Ektropion dengan kekendoran palpebra yang luas.
2. Ektropion derajat sedang sampai berat.
3. Adanya hipertropi dan keratinisasi pada konjungtiva.

Cara kerja :

1. Buat irisan pada kantung lateralis yang membentuk sudut kebawah lebih kurang 1.5 cm.
2. Tarik palpebra inferior kearah atas menyilang kantung

lateralis dengan tegangan tertentu, kelebihan palpebra inferior dipotong sejajar irisan yang pertama.

3. Jahit tepi tarsus pada lateral tendon.

4. Buat jahitan gantungan melalui tepi tarsus dan tendon kantung lateral pada periosteum.

5. Kulit ditutup dengan benang sutera 6-0.

Keuntungan dari cara ini adalah :

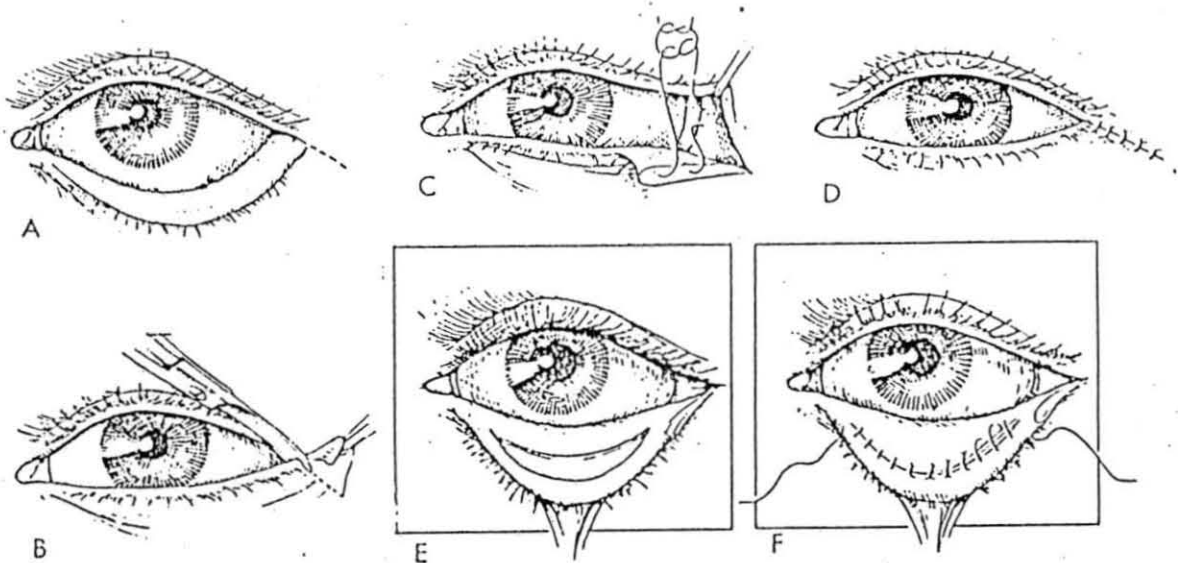
1. Irisan palpebra inferior dilakukan pada kantung lateral, hal ini akan mengurangi iritasi pada mata.

2. Tidak didapatkan iregularitas dari palpebra.

Kerugiannya adalah :

Pungtum lakrimalis bergeser ke arah tengah, penyulit ini tidak mempunyai arti klinis yang penting, kadang-kadang hanya memberikan keluhan epifora.

Gambar 4 : Pemendekan diameter horisontal



Diambil dari: Spaeth GL.: Current Therapy in Ophthalmic Surgery, Decker Inc, Toronto, 1989, p.315

D. Pemendekan Palpebra Inferior dari Smiths.

Indikasi :

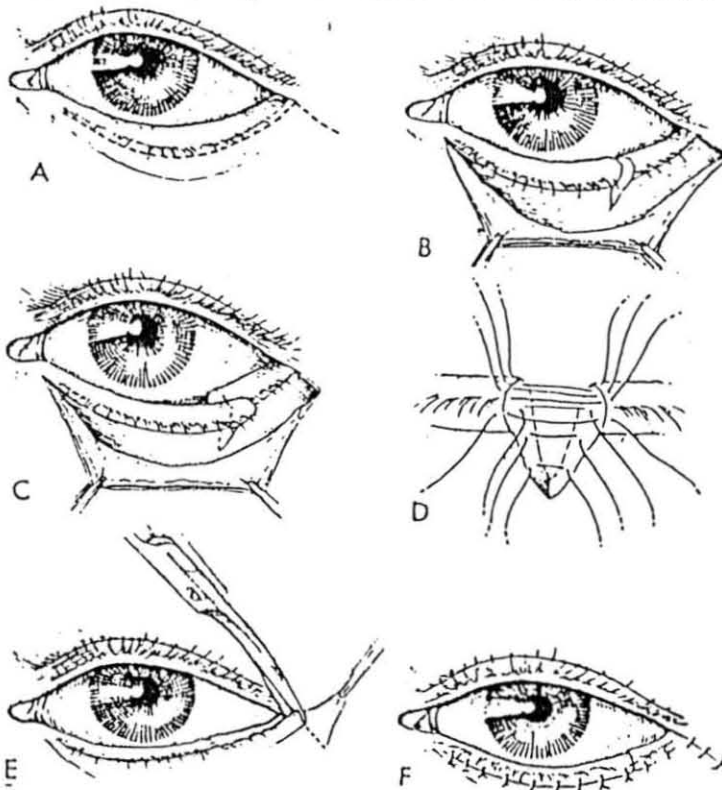
Ektropion dengan kekendoran palpebra inferior yang luas dan kelebihan jaringan kulit yang banyak.

Cara ini adalah modifikasi dari cara Kuhnt-Szymanowski, dimana pada cara ini sudah tidak dianjurkan lagi untuk mengoreksi ektropion karena irisan pada palpebra di lakukan di daerah "Grey line". Hal ini akan menimbulkan trikiasis dan kerusakan bulu mata yang disebabkan oleh karena pemendekan lamina posterior dari palpebra dan jaringan sikatrik yang tidak menentu. Smiths pada tahun 1961, telah memodifikasi cara Kuhnt-Symanowski dengan melakukan irisan pada lebih kurang 1 mm dari tepi palpebra inferior, dimana pada cara ini kerusakan bulu mata dan trikiasis dapat dihindarkan.

Cara kerja :

1. Buat irisan sepanjang palpebra inferior, kira-kira 2-3 mm dari tepi palpebra.
2. Dilakukan flep pada kulit palpebra inferior dan irisan tarsoconjunctival pada 1/3 lateral palpebra.
3. Kedua ujung palpebra ditarik dengan tegangan tertentu, kelebihannya dipotong dan dijahit.
4. Tarik kulit ke arah lateral, kelebihan jaringan kulit dipotong.
5. Kulit ditutup dengan jahitan.

Gambar 5 : Pemendekan palpebra inferior cara Smiths



Diambil dari : Spaeth GL.: Ophthalmic Surgery, WB. Saunders Company, 1982, p. 574.

V.1. MEDIAL EKTROPION

Patofisiologi

Apabila kaki bagian bawah dari tendon kantung medialis mengalami kekendoran, maka akan terjadi eversi pada palpebra inferior bagian medial. Selain itu terjadi perubahan involusi dari palpebra itu sendiri akan menyebabkan menurunnya tonus. (2, 12)

Diagnosis :

- Berdasarkan :
1. Adanya eversi pungtum
 2. Didapatkan kekendoran dari tendon kantung bagian medial.
 3. Tonus yang menurun dari palpebra.

Penatalaksanaan :

Penatalaksanaannya tidak hanya memperbaiki

pungtumnya saja, selain itu harus memperbaiki palpebra yang kendor.

A. "Lazy T" dari Byron Smiths.

1. Buat irisan pada palpebra inferior kearah bawah, kira-kira 5 mm sebelah lateral dari pungtum yang sebelumnya telah dipasang sonde untuk identifikasi dan mengamankan pungtum pada waktu bekerja.

2. Buat irisan tarsoconjunctival, kira-kira 2 mm dari tepi palpebra (lihat gambar B & C).

3. Pisahkan tarsus dan konjungtiva dari jaringan dibawahnya.

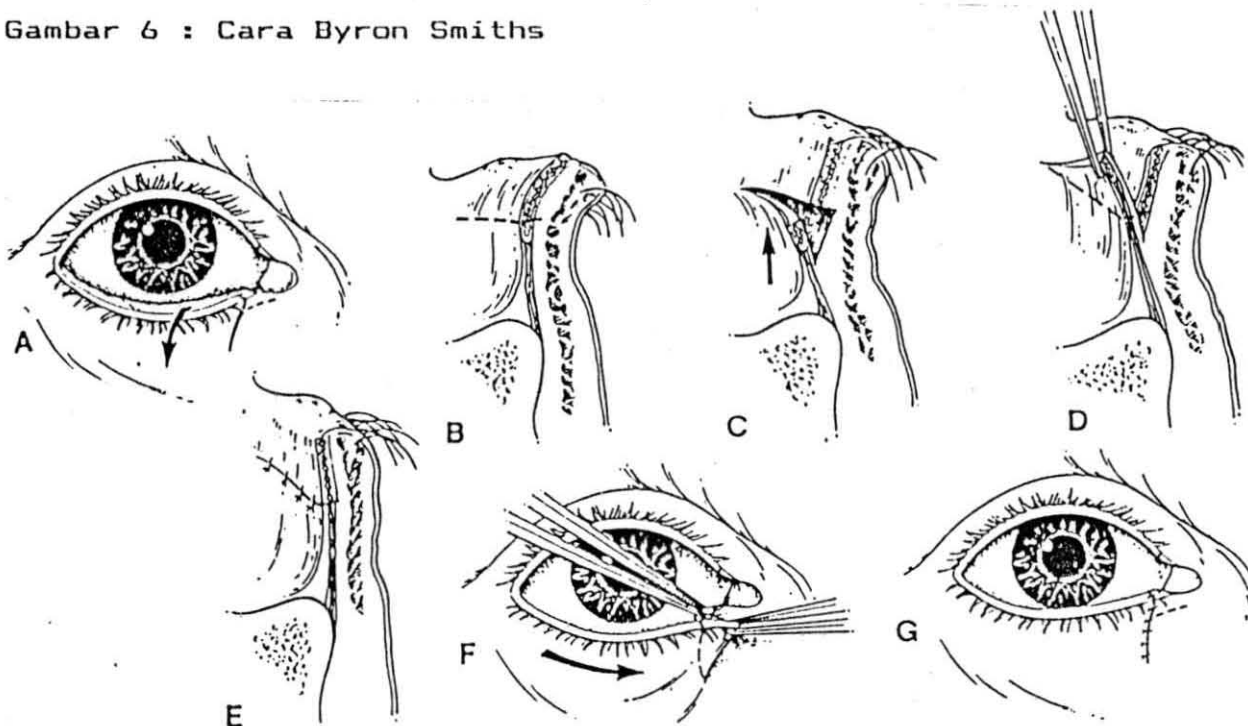
4. Tarsus dan konjungtiva dipotong dan dijahit dengan catgut 6-0.

Hal ini akan menghasilkan pemendekan arah vertikal dari palpebra sehingga menarik pungtum kearah dalam.

5. Tarik kedua ujung palpebra inferior, kelebihanannya di potong dan dijahit.

Hal ini akan memperbaiki kekendoran palpebra inferior

Gambar 6 : Cara Byron Smiths



Diambil dari: Duane TD.: Clinical Ophthalmology, Vol.5 JB Lippincott Company, 1988, p. 23

B. Kombinasi repair tendon medialis (Dryden) dan pemendekan horisontal pada kantung lateralis. (1, 16)

Cara kerja repair tendon medialis (Dryden) :

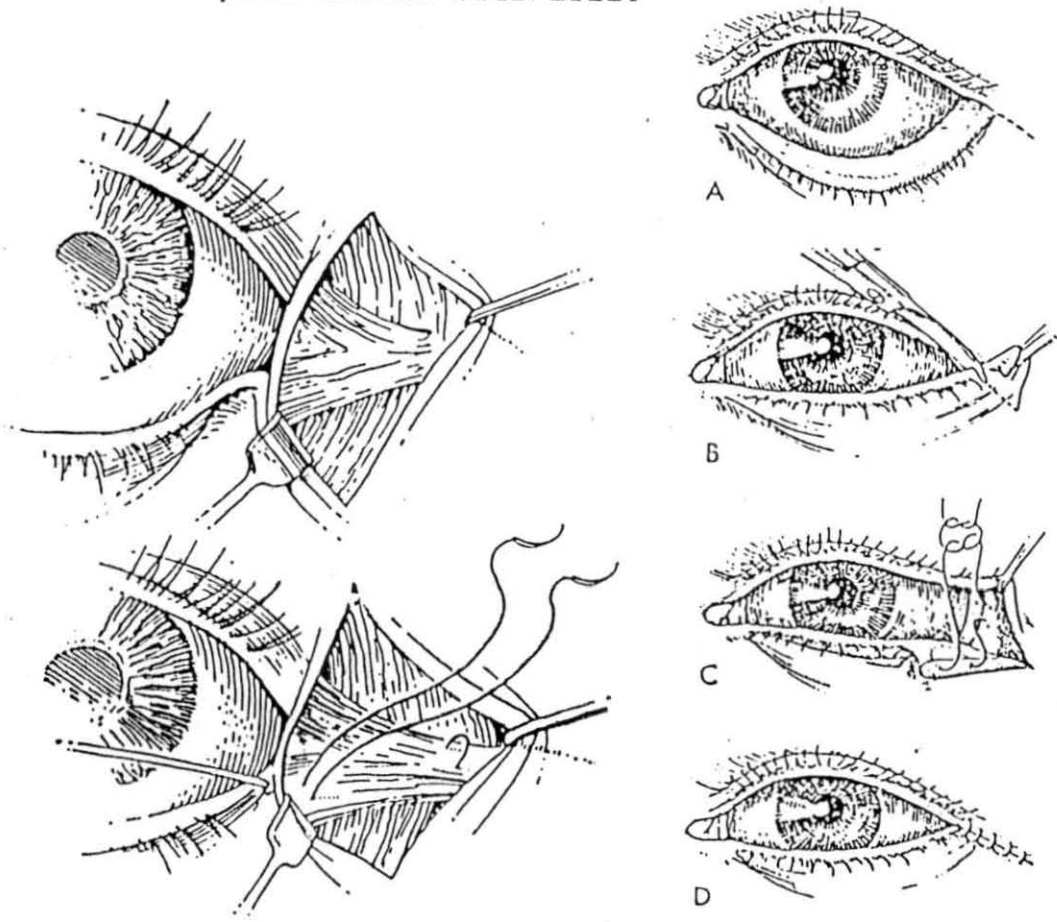
1. Buat irisan vertikal pada kantung medialis, sebelumnya pasang sonde pada punggut.
2. Pisahkan dengan jaringan sekitarnya sampai terlihat tendon medialis.
3. Jahit dengan 5 - 0 polypropylene antara tendon kantung itu sendiri.
4. Kemudian jahitan dikencangkan, sehingga tendon yang mengalami kekendoran menjadi kencang.
5. Kulit dijahit.

Untuk mengoreksi kekendoran palpebra inferior, dengan pemendekan horisontal pada kantung lateralis.

Cara kerja :

1. Dilakukan kantungotomi pada kantung lateralis.
2. Tarik palpebra inferior ke arah lateral atas kelebihan-nya dipotong.
3. Jahit tepi tarsus ke periosteum.
4. Kulit dijahit.

Gambar 7 : Kombinasi (Dryden) dan pemendekan horisontal pada kantung lateralis.



Diambil dari: Montandon D. et al Plastic and Reconstructive Surgery of the Orbito Palpebra Region, PG. Publishing, Singapore, 1990, p. 140-159.

VI. EKTROPION SIKATRIK

Ektropion sikatrik disebabkan oleh abnormalitas vertikal tension dari palpebra, dimana keadaan ini akan menarik palpebra kearah luar dari bola mata. Keadaan yang bisa menyebabkan luka parut jaringan kulit dan jaringan subcutaneus ini adalah :

VI.1. Luka bakar

VI.2. Trauma mekanik

VI.3. Komplikasi blepharoplasty

VI.1. Luka bakar

Patofisiologi

Luka bakar derajat III pada palpebra dan sekitarnya, maka akan terjadi pengerutan lamella anterior palpebra apabila terjadi proses penyembuhan. Keadaan ini akan menyebabkan tarikan arah vertikal dari palpebra sehingga terjadi ektropion.

(7, 8, 9, 18)

Diagnosis :

Diagnosis dibuat berdasarkan adanya bulu mata yang terbakar dan jelaga.

Penatalaksanaan :

Bersihkan luka bakar dengan verban dan normal saline agar krusta yang terjadi minimal, beri salep antibiotika topikal 3-4 kali dan bersihkan jelaga yang melekat pada palpebra. Untuk perawatan terpaparnya kornea dapat diberikan airmata buatan, soft contact lens, kacamata pelembab (moist chamber). Setelah 2-6 minggu terjadi luka bakar maka krusta yang terbentuk akan mengelupas, keadaan ini akan mudah terkena infeksi untuk itu bisa diberikan antibiotik sistemik dan betadin solusi. Cangkok kulit dapat dilakukan bila terlihat jaringan granulasi pada luka bakar, bila pada stadium ini tidak dilakukan cangkok kulit maka akan timbul jaringan granulasi yang ekksesif dan jaringan sikatrik. Apabila sudah terjadi jaringan sikatrik yang menyebabkan ektropion maka dapat dilakukan :

- a. Pemendekan horisontal dengan transposisi cangkok kulit.

b. Cangkok kulit dengan ketebalan penuh.

a. Pemendekan horisontal dengan transposisi cangkok kulit.

Indikasi : 1. Ektropion kelopak mata bagian bawah.

2. Ektropion yang ringan pada orang tua

Cara kerja :

1. Buat incisi kira-kira 2 mm dibawah tepi kelopak mata seperti pada gambar.

2. Pisahkan kulit dari area kelopak mata.

3. Setelah dipisahkan kulit ditarik sampai kantung lateralis, kemudian dipotong.

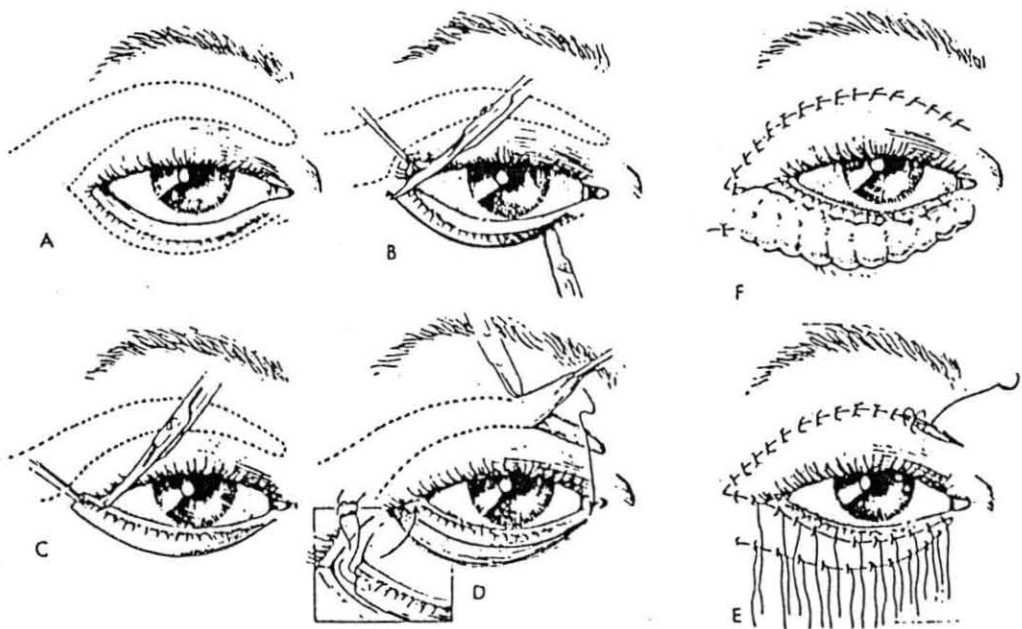
4. Jahitkan ujung palpebra pada rima atau sisa dari tendon kantung lateralis.

5. Pasang cangkok kulit (transposisi) dari palpebra superior ke palpebra inferior.

6. Jahit dan bebat dengan kapas yang diikat.

(lihat gambar)

Gambar 8: Pemendekan horisontal dan transposisi cangkok kulit.



dijambil dari : Spaeth GL. : Current Therapy in Ophthalmic Surgery, Decker Inc. Toronto, 1989, p. 577.

b. Cangkok kulit dengan ketebalan penuh.

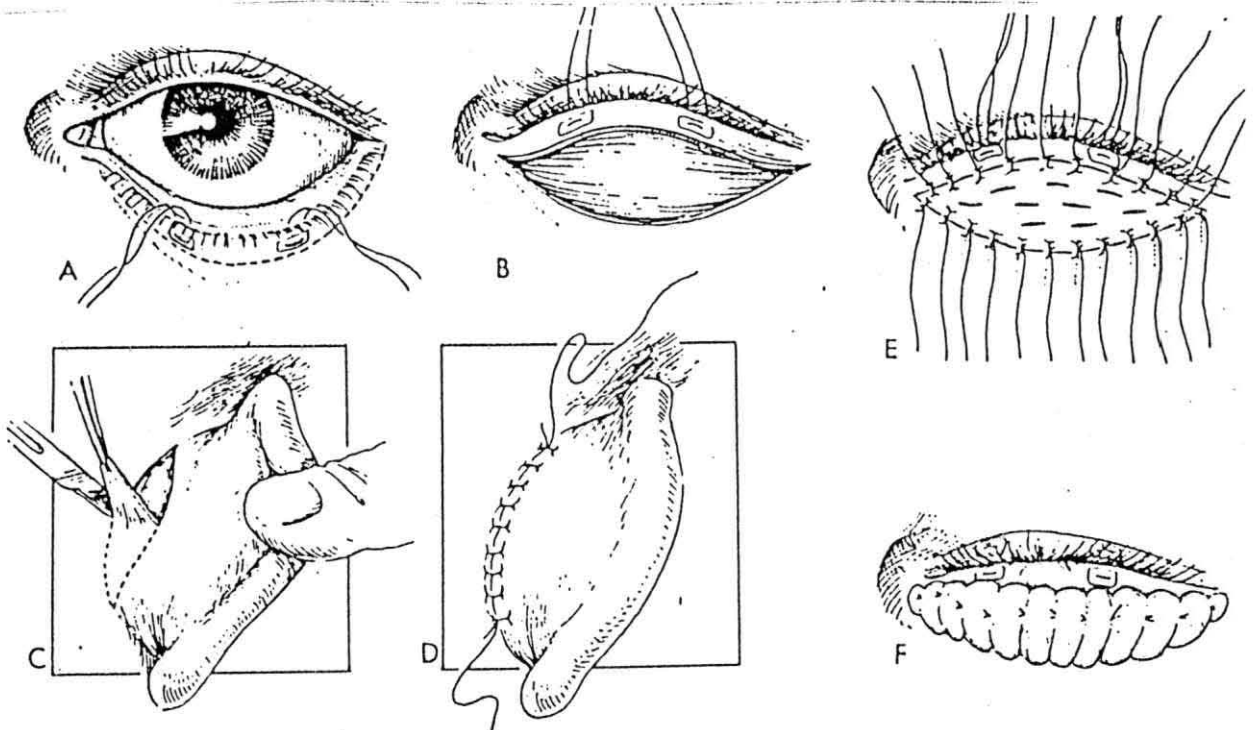
Indikasi :

1. Ektropion sikatrik derajat sedang sampai berat.
2. Longstanding ektropion pada orang tua yang membutuhkan cangkok kulit lebih dari 1cm. Donor diambil dari kulit belakang telinga, karena memberi transmisi warna yang baik, dan mengurangi pengerutan paska operasi.

Cara kerja :

1. Buat irisan 3 mm dari tepi palpebra inferior.
2. Jahit pada tepi palpebra dengan benang sutera 6-0 seperti pada (gambar).
Kemudian benang ditarik ke atas sampai kedua palpebra menutup.
3. Ambil kulit donor di belakang telinga.
4. Pasang cangkok kulit pada kelopak mata bagian bawah.
5. Beri kapas dan diikat.

Gambar 9 : Cangkok kulit dengan ketebalan penuh



Diambil dari : Spaeth GL. : Current Therapy in Ophthalmic Surgery, Decker Inc, Toronto, 1989, p.321.

VI.2. Trauma mekanik. (3, 8, 9, 10, 14)

Patofisiologi

Trauma mekanik baik yang tumpul maupun yang tajam akan menyebabkan luka pada kelopak mata dan sekitarnya dengan berbagai macam bentuknya. Bentuk luka yang terjadi ada 2 macam yaitu :

- 1) Luka dengan tebal kelopak sebagian.
- 2) Luka dengan tebal kelopak menyeluruh.

Luka-luka yang menyebabkan ektropion adalah yang tebalnya sebagian dimana hanya kulit dan otot orbikularis okuli yang terluka, sedangkan luka dengan ketebalan menyeluruh dimana kontraksi pada pada lapisan permukaan dan lapisan yang dalam cenderung lebih sering menimbulkan takik pada kelopak mata. (3, 8, 10, 16)

Diagnosis :

Adanya riwayat trauma, luka multiple kadang bisa disertai adanya avulsi kelopak mata dan hematoma.

Penatalaksanaan :

Penanganan pertama pada luka kelopak mata harus baik karena penyembuhan itu sendiri tergantung beberapa faktor antara lain :

1. Gumpalan darah akan menghambat proses penyembuhan.
2. Kerak dari luka atau krusta berfungsi untuk menutupi luka dan melindungi jaringan dibawahnya dari kuman, selain itu krusta dapat mempengaruhi migrasi sel dan memaksa sel pindah ke

luka yang lebih dalam dengan akibat penyembuhan lebih lama dan terjadi jaringan parut yang dalam.

3. Dead space yang luas menyebabkan terjadinya hematom dengan akibat luka lebih lama sembuh.
4. Penanganan jaringan yang kasar dan tidak dilakukan debridement dapat menghambat penyembuhan

Prinsip perawatan luka pada kelopak mata :

1. Sedapat mungkin tidak memotong, membuang jaringan sedikitpun kecuali jembatan kulit tipis.
2. Bersihkan luka dengan seksama dari kotoran, darah, corpus alienum.
3. Jahit luka m. orbikularis dengan catgut.
4. Perban dengan tekanan ringan selama 48 jam untuk mengurangi edema, perdarahan dan mencegah tarikan jaringan.

Apabila dengan perawatan yang memadai tetap terjadi ektropion dapat dilakukan "cangkok kulit dengan ketebalan penuh" (Full Thickness Skin graft) pada kelopak mata bawah dan "cangkok kulit dengan ketebalan tidak penuh" (Split Thickness Skin Graft) pada kelopak atas.

VI.3. Ektropion Sikatrik karena komplikasi Blefaroplasti.

Operasi blefaroplasti adalah suatu tindakan pengambilan lipatan kulit yang berlebihan, lapisan lemak pada palpebra superior dan palpebra inferior. Dengan tujuan memperbaiki kosmetik dan halangan penglihatan. (2, 8, 10)

Patofisiologi :

Paska operasi blefaroplasti akan menyebabkan odema pada palpebra dan tonus yang menurun dari otot orbikularis okuli, hal ini akan mengakibatkan terjadinya ektropion yang bersifat sementara. Akan tetapi bila pengambilan kulit terlampau banyak, maka akan terjadi pemendekan palpebra ke arah vertikal, keadaan ini akan menyebabkan terjadinya ektropion yang bersifat permanen. (10, 18)

Diagnosis :

Diagnosis dibuat berdasarkan pernah menjalani operasi blefaroplasti.

Penatalaksanaan :

Pada ektropion yang disebabkan oleh odema palpebra dan hipotoni dari otot orbikularis okuli, maka hanya dilakukan observasi saja dan biasanya akan hilang secara spontan bila tonus otot dan odemanya telah normal. Pada kasus yang jarang mungkin diperlukan plester untuk penyangga palpebra inferior selama 2 - 3 minggu. Sedangkan ektropion yang disebabkan pengambilan jaringan kulit yang terlalu banyak dapat dilakukan operasi cangkok kulit dengan ketebalan penuh.

I. EKTROPION PARALITIK.

Paralitik ektropion mungkin disebabkan karena penyakit otot itu sendiri atau kelumpuhan dari nervus facialis baik yang lengkap ataupun tidak lengkap. Bila kelumpuhannya tidak lengkap, maka berkedipnya kelopak mata tidak sesering mata normal. Jika paralisisnya lengkap maka kelopak mata tidak dapat menutup sama sekali

(retraksi kelopak mata). Bila diupayakan menutup kedua kelopak mata tersebut maka, kelopak mata bagian atas tidak dapat menutup dan terjadi gerakan rotasi bola mata ke atas, hal ini dikenal dengan sebutan fenomena dari Bell's.

Patofisiologi :

Karena terjadi kelumpuhan dari otot orbikularis okuli maka kelopak mata bagian bawah akan membalik ke arah luar karena gaya beratnya sendiri dan air mata akan terkumpul di kelopak mata bagian bawah karena gagalnya fungsi kedipan yang berfungsi sebagai pompa sehingga air mata meleleh keluar pipi, hal ini akan menyebabkan maserasi dan eksema pada kelopak mata, keadaan ini akan memperberat ektropionnya. (2, 3, 7, 16)

Diagnosis :

Diagnosis dibuat berdasarkan pernah terpapar hawa dingin self limiting pada Bell's palsy, ada riwayat trauma pembedahan pada saat pengangkatan tumor parotid ataupun neuroma akustik. Adanya manifestasi retraksi kelopak mata bagian atas, fisura palpebra yang lebar, alis yang tidak simetri, refleks mengedip yang menurun dan lagofthalmos.

Penatalaksanaan :

A. Non operatif

B. Operatif

1. Mekanis : a. palpebra sling Arion's
2. Biologis : a. lateral tarsorafi
 - b. medial kantorafi
 - c. lateral canthal sling

A. Non operatif

Berbagai cara untuk melatih dan memanfaatkan sisa otot yang masih berfungsi dicoba dengan jalan latihan latihan untuk ototnya sendiri misalnya dengan latihan berkedip, mengurut sekitar pipi dan sekitar telinga, penyinaran dengan ultra violet. Cara-cara ini kesemuanya membantu mengembalikan fungsi otot yang lumpuh untuk menormalkan kembali atau memanfaatkan sisa otot yang masih berfungsi.

B. Operatif

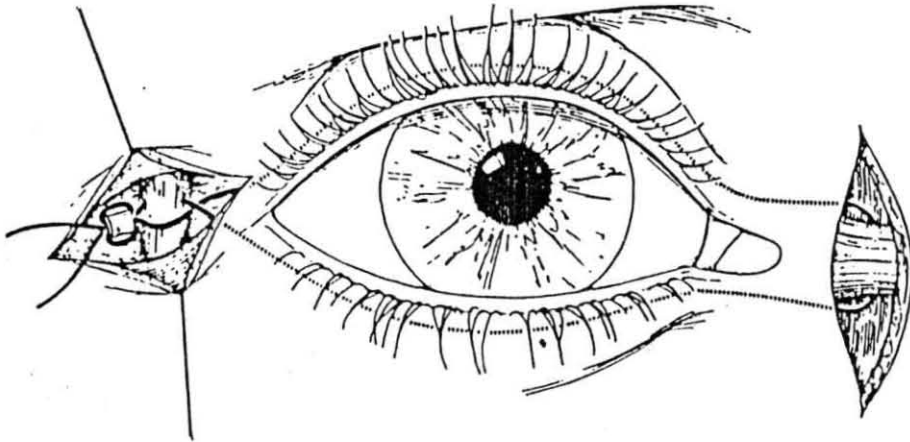
Tindakan operatif ini dilakukan apabila tidak ada perbaikan selama 8-12 bulan.

1. Mekanis

a. Palpebra sling Arion's

Tali silikon dipasang mengelilingi fisura palpebra, dimaksud membantu mendekatkan palpebra superior dan inferior dalam menutup mata. Tali silikon difikasasi pada medial canthal tendon dan tepi lateral dari orbita, hal ini akan menghasilkan suatu artifisial muskulus orbikularis okuli, karena sifat elastisnya ini maka dapat membantu dalam gerakan menutup mata. Silikon ini cenderung patah setelah pemakaian beberapa bulan karena itu cara ini diindikasikan untuk ektropion paralitik sementara yang diduga sembuh dalam beberapa bulan.

Gambar 10 : Palpebra Sling dari Arion's



Diambil dari: Mc.Cord CD : Oculoplastic Surgery,
Raven Press, New York, 1991, p.108

2. Biologis

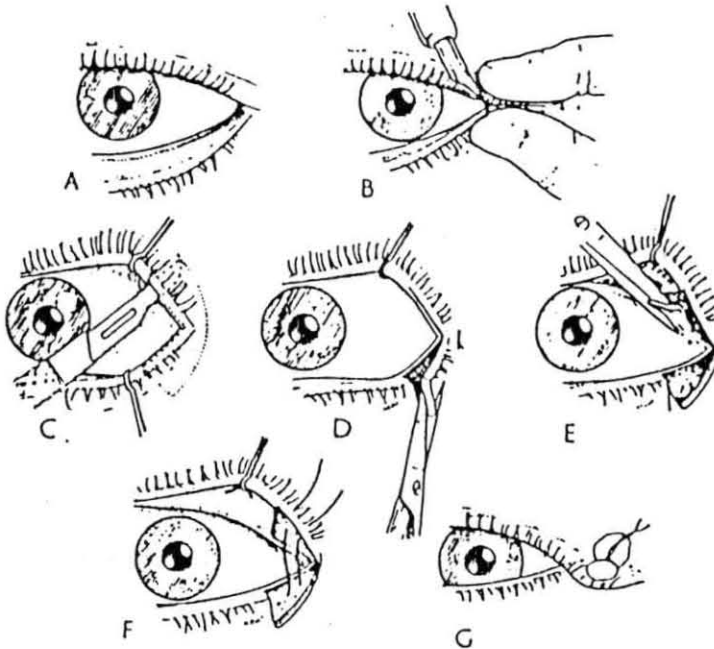
a. Lateral tarsorafy Mc. Laughlin

Cara klasik yang dikenal sejak lama ini untuk mengoreksi lagofthalmos dan ektropion paralitik derajat ringan. Tujuan dari operasi ini mengefektifkan fungsi kedip atau menutup mata waktu tidur dan sekaligus memperbaiki aliran air mata. Keuntungan dari cara ini adalah tehniknya sederhana, dan kamufase pemendekan diameter horisontal fisura palpebra karena bulu mata palpebra superior tidak di potong. Kerugiannya kekendoran akan terjadi kembali apabila penderita tua, sehingga perlu koreksi ulang dan terjadi malposisi kantung lateralis ke lateral bawah.

Cara kerja :

Sebelum dilakukan irisan harus dipikirkan sampai dimana kita akan membuat tarsorafinya. Buatlah irisan segitiga kira-kira 6 - 8 mm lateral palpebra superior dan palpebra inferior yang berlawanan. Dibagian inferior pada kulit sampai batas mucocutaneus, sedangkan dibagian superior pada mukosa konjungtiva sampai batas mucocutaneus. Kemudian dilakukan pemotongan jaringan palpebra seperti pada gambar dan dibuat jahitan matras dengan simpul diluar dan diberi ganjal. Jahitan diangkat setelah 5 - 7 hari.

Gambar 11 : Lateral Tarsorafi Mc. Laughlin



Diambil dari: Mustarde JC: Repair and Reconstruction in the Orbital Region, Churchill Livingstone, New York, 1980, p. 187.

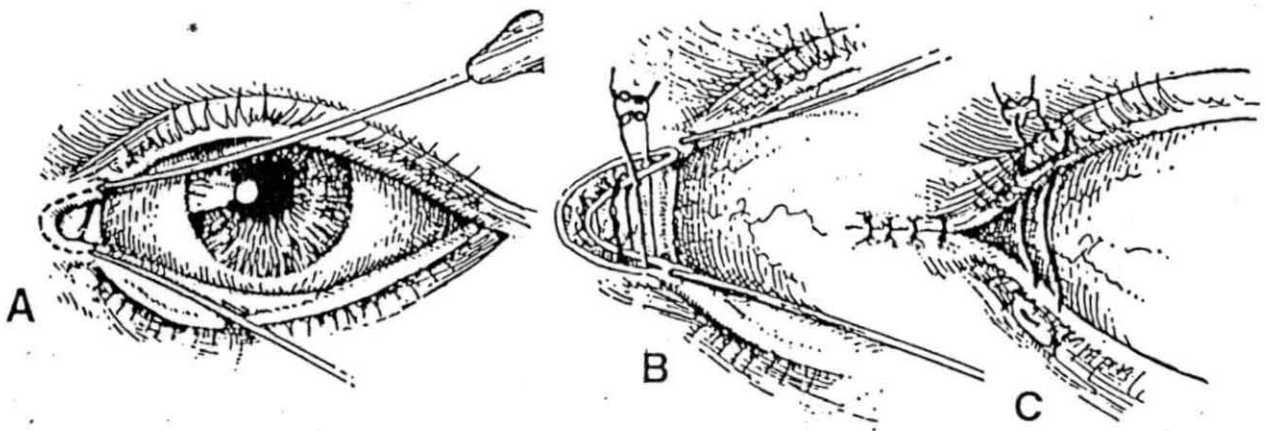
b. Medial kantorafi

Cara ini untuk memperbaiki kelumpuhan muskulus orbikularis okuli dengan kekendoran palpebra inferior 1/3 medial dan eversi pungtum ringan sampai sedang, dimana usaha kauterisasi atau minor conjunctivoplasty gagal (2).

Cara kerja :

1. Buat rencana irisan pada kantung medialis.
2. Pungtum lakrimalis dimasuki pasak untuk identifikasi dan menyelamatkan dari irisan waktu kita bekerja.
3. Bentuk kantung medialis setelah di incisi.
4. Tepi medial palpebra pada kantung medialis di dengan chromic catgut 6 - 0.
5. Lapisan kulit ditutup dengan sutera 6 - 0.
6. Buat jahitan antara tepi palpebra sebelah lateral dari pungtum selama beberapa minggu (lihat gambar), untuk menghilangkan regangan pada jahitan selama proses penyembuhan.

Gambar 12 : Medial Kantorafi



Diambil dari : Spaeth GL : Current Therapy in Ophthalmic Surgery, Decker Inc, Toronto, 1989, p. 320.

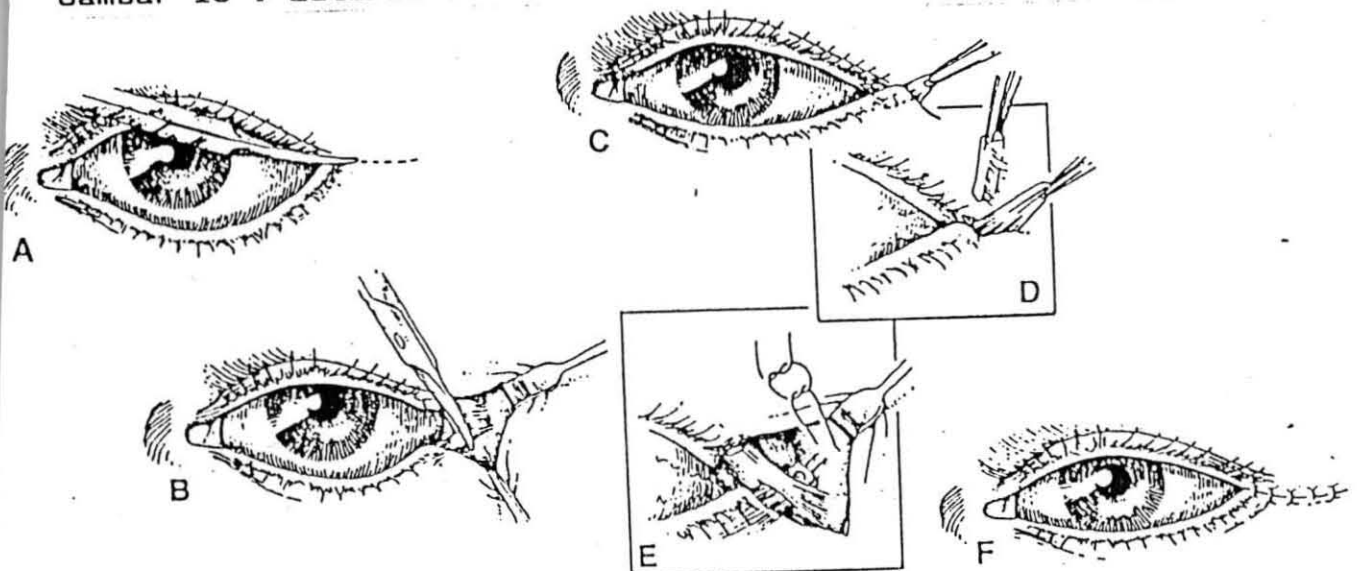
c. Lateral canthal sling.

Indikasinya untuk kelumpuhan otot orbikularis okuli dengan paralitik ektropion yang berat. Cara ini selain memperpendek diameter vertikal juga memperpendek diameter horizontal.

Cara kerja :

1. Lateral kantotomi lebih kurang 1.5 cm
2. Setelah dipisahkan dengan jaringan sekitarnya tampak terlihat lateral canthal tendon, kaki bagian bawah inferior dipotong dekat rima orbitalis lateralis.
3. Tendon ditarik ke arah superolateral sampai palpebra inferior kencang, potong kelopak mata bagian bawah inferior.
4. Buat sayatan kecil pada kaki atas lateral canthal tendon kemudian masukkan kaki bagian bawah tendon ke bekas sayatan dan dijahitkan ke periosteum dengan benang polypropylene 5 - 0.
5. Kulit ditutup dengan sutera 6 - 0.

Gambar 13 : Lateral Canthal Sling.



Diambil dari : Spaeth GL : Current Therapy in Ophthalmic Surgery Decker Inc, Toronto, 1989, p.319.

I. EKTROPION MEKANIK

Patofisiologi

Adanya odema dari palpebra, baik yang ringan ataupun yang berat khususnya apabila tarsus dan konjungtiva palpebra ikut terlibat. Hal ini akan mengakibatkan dorongan secara mekanik pada tepi palpebra sehingga terjadi ektropion. Atau tumor yang besar pada palpebra dapat menyebabkan ektropion karena keadaan fisik dari tumor dan faktor gaya beratnya tumor itu sendiri.

Diagnosis dibuat berdasarkan adanya tumor di palpebra inferior atau adanya odema konjungtiva palpebra. (5,7,16)

Penatalaksanaan :

Terapi penyakit dasarnya.

II. EKTROPION SPASTIK (TARSAL EKTROPION)

Patofisiologi

Fox yang pertama kali menggunakan istilah tarsal ektropion. Tarsal ektropion bukan disebabkan kelemahan dari horisontal tarsoligamentum dari palpebra, akan tetapi pada beberapa penderita bisa didapatkan adanya kelemahan dari tarsoligamentum misalnya pada orang tua. Beberapa penulis mengatakan bahwa tarsal ektropion dapat disebabkan oleh kombinasi dari kekendoran fascia kapsulo-palpebra dan kelemahan tarsoligamentum pada palpebra inferior. (2, 12, 13, 16)

Diagnosis dibuat berdasarkan :

1. Adanya eversi total pada palpebra inferior.
2. Didapatkan distensi palpebra inferior.
3. Bisa terjadi pada usia muda maupun usia tua.

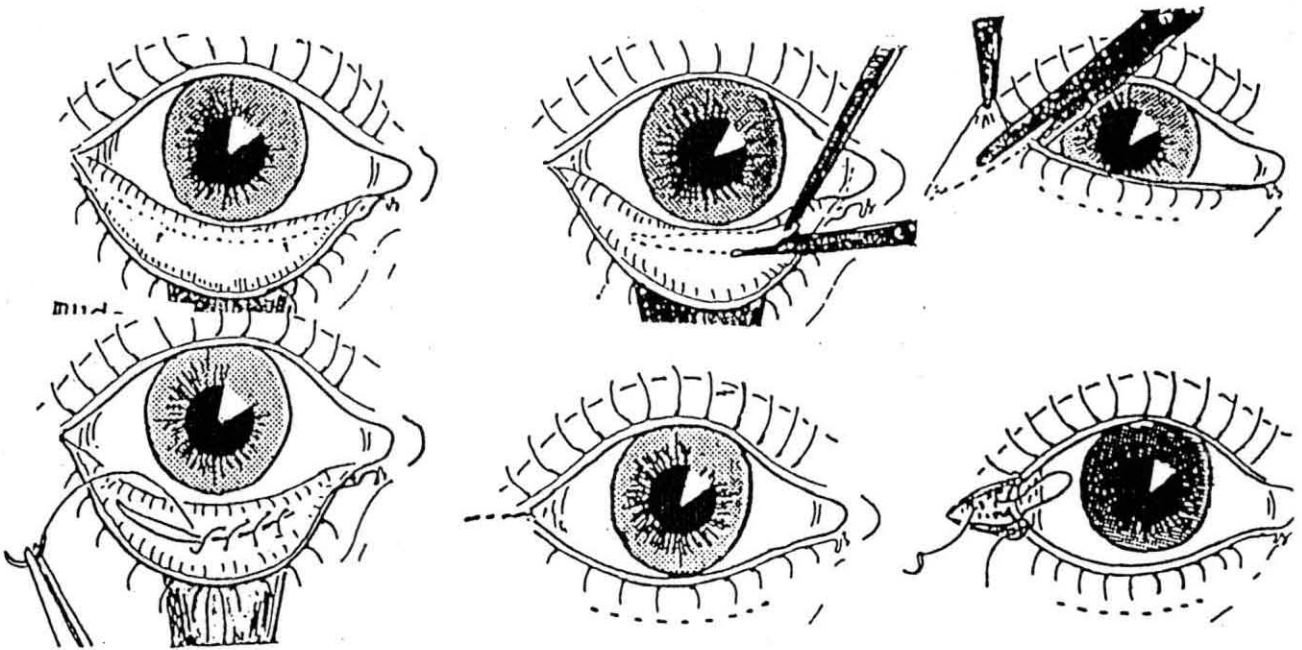
Penatalaksanaan :

A. Pada usia tua dapat dilakukan kombinasi pemendekan lamella palpebra posterior (Wesley & Putterman) dan pemendekan horisontal palpebra inferior pada kantung lateralis.

Cara kerja :

1. Buat irisan pada konjungtiva, dibawah perbatasan tarsus.
2. Kemudian dilakukan pemotongan konjungtiva dan fascia kapsulopalpebra disesuaikan dengan ektropionnya.
3. Jahit fascia kapsulopalpebra, konjungtiva dan batas bawah dari tarsus secara delujur.
4. Dilakukan lateral kantotomi.
5. Tarik palpebra inferior ke lateral, kelebihanannya dipotong.
6. Tepi tarsus dijahitkan pada periosteum.
7. Kemudian kulit dijahit.

Gambar 14 : Koreksi Tarsal ektropion pada usia tua



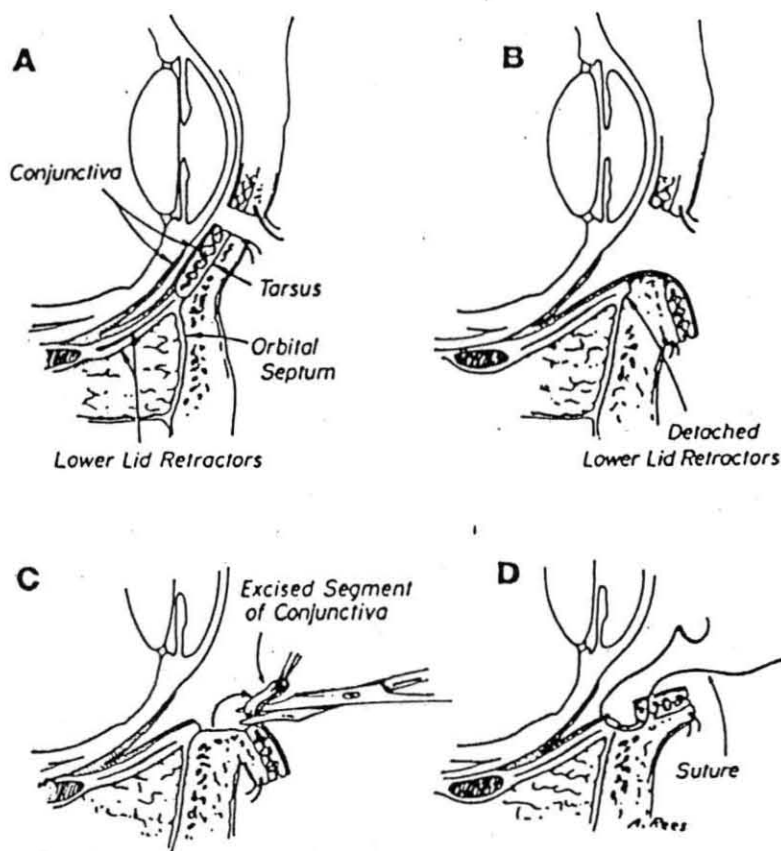
Diambil dari : Montandon D. et al: Plastic and Reconstructive Surgery of the Orbitopalpebra Region, 1970, p. 148

3. Pada usia muda, karena tidak didapatkan kekendoran palpebra maka, disini hanya dilakukan reseksi pada konjungtiva dan kapsulopalpebra.

Cara kerja :

1. Buat irisan pada konjungtiva, dibawah perbatasan tarsus.
2. Dilakukan reseksi, konjungtiva dan kapsulopalpebra.
3. Kemudian dijahit, konjungtiva, tarsus dan kapsulopalpebra.

Gambar 15 : Koreksi tarsal ektropion pada usia muda



Diambil dari: Miller SS : Clinical Ophthalmology, Wright, Bristol, 1987, p. 382.

ENYULIT EKTROPION

A. Lagoftalmos

Kelumpuhan orbikularis okuli menyebabkan palpebra inferior tidak mempunyai tegangan, dan adanya efek gravitasi akan melentur. Hilangnya aksi yang berlawanan dari otot levator palpebra superior akan menyebabkan terjadinya retraksi kelopak mata keatas, sklera bagian atas akan tampak dan memberi kesan pseudoexophthalmos. Karena terjadinya kelenturan palpebra superior dan inferior, akan terjadi malposisi dari keduanya dan kegagalan posisi pada waktu menutup mata, baik pada waktu berkedip maupun pada waktu tidur. (2, 3)

B. Gangguan aliran air mata

Kegagalan aliran air mata dapat disebabkan oleh beberapa faktor :

- 1) Malposisi palpebra inferior.

- 2) Kegagalan kedipan sebagai pompa.

- 3) Eversi dari puntum

Karena faktor-faktor diatas maka konjungtiva dan kornea yang terpapar akan kering walaupun sebenarnya air mata terkumpul pada forniks inferior bagian tengah. Kekeringan ini akan merangsang reflek produksi dan sekresi dari air mata, dan akan memberi gejala yang sangat mengganggu dikenal sebagai "Continual Excessive Tearing". (11, 12)

C. Hipertropi dan keratinisasi konjungtiva palpebra inferior.

Pada keadaan yang lanjut dari ektropion palpebra inferior bagian konjungtiva yang berhubungan dengan udara luar akan mengalami hipertropi dan keratinisasi.

Pada keadaan ini kosmetik tampak jelek karena sering kali penderita mengusap air matanya yang meleleh ke pipi, ektropion akan bertambah hebat dan sering juga disertai infeksi sekunder. Apabila hal ini terjadi, keluhan lakrimasi juga akan lebih hebat karena terjadinya puntal stenosis dan obstruksi. (2, 3, 16)

D. Eksposur keratitis

Suatu komplikasi mata yang paling ditakuti pada ektropion karena kelumpuhan dari nervus facialis. Biasanya terjadi pada stadium lanjut dari penyakit ini tetapi dapat juga terjadi pada stadium dini apabila derajat kelumpuhannya hebat disertai dengan gangguan sensibilitas kornea. Kita harus waspada terhadap penderita-penderita dengan kelumpuhan facialis tanpa adanya keluhan rasa kering atau terbakar pada mata sisi yang sakit, karena kemungkinan adanya gangguan sensibilitas kornea. (4, 10, 12, 13, 19)

I. PEMERIKSAAN

A. Palpebra :

Kulit palpebra superior kendur dan terdapat retraksi yang memberi kesan pseudoexophthalmos, hal ini karena tidak adanya aksi antagonis dari m. levator palpebra superior. Pada palpebra inferior harus diperiksa adanya : Kekendoran atau sudah terjadi pemanjangan.

B. Konjungtiva :

Pada stadium lanjut dari ektropion dapat diperiksa

- adanya :
1. Hipertropi konjungtiva
 2. Keratinisasi konjungtiva
 3. Infeksi sekunder

C. Kornea :

- Meliputi :
- 1) tajam penglihatan
 - 2) sensibilitas kornea
 - 3) fluorescein test

D. Anel test :

Pemeriksaan ini perlu diperlukan sebelum tindakan operasi rekonstruksi, sebab apabila sudah terjadi stenosis atau oklusi puntum hasil operasi kurang sempurna.

E. Produksi air mata :

Cukup ditentukan dengan schirmer test.

I. RINGKASAN

Ektropion merupakan eversi tepi palpebra dan banyak ditemukan oleh karena proses ketuaan. Disamping itu juga akibat proses paralitik, spastik, mekanik maupun adanya sikatrik. Pembagian ektropion bermacam-macam, pada umumnya dikelompokkan menjadi: ektropion senilis, ektropion sikatrik, ektropion spastik dan ektropion mekanik. Karena faktor gravitasi ektropion senilis umumnya mengenai palpebra inferior. Terbukanya palpebra dan malposisi puntum lakrimalis dapat menyebabkan komplikasi yang berat mulai dari epifora, mengeringnya konjungtiva bahkan kornea, sampai terjadinya hipertropi konjungtiva dan keratinisasi konjungtiva palpebra. Jadi ektropion harus segera dikoreksi.

Prinsip koreksi adalah mengembalikan palpebra ke

posisi anatomik yang normal. Pada umumnya diperlukan pemendekan diameter vertikal dan diameter horisontal, hanya pada kasus-kasus derajat ringan saja yang dilakukan kauterisasi atau minor conjunctivoplasty. Terhadap ektropion sikatrik prinsip penatalaksanaannya adalah pengangkatan jaringan parut dilanjutkan substitusi jaringan dengan cangkok kulit.

I. PENUTUP

Telah dibicarakan mengenai anatomi, batasan, patofisiologi, diagnosis, penyulit dan penatalaksanaan ektropion didapat.

Semoga bermanfaat.

TAR KEPUSTAKAAN

- Collin R. : Practical Ophthalmic Surgery, Churchill Livingstone, New York, 1993, p. 38 - 41.
- Duane TD : Clinical Ophthalmology, Vol. 5, J.B. Lippincott Company, 1988, p. 18 - 24.
- Freeman MK : Ocular Trauma, Appleton-Century-Crofts, New York, 1976, p. 112 - 116.
- Hollwich F. : Ophthalmology, 2th ED, Thieme - Stratton Inc, New York, 1985 p. 31 - 33.
- Lemke BN : Della Rocca R.C : Surgery at The eye Lids and Orbit, Appleton & Lange, 1990, p. 204 - 206.
- Moses : Adler Physiology of the eye, Clinical Application, 6th ed, Mosby Co, Saint Louis, 1975, p. 1-7.
- Mustarde JC : Repair and Reconstruction In The Orbital Region, 2th Ed, Churchill Livingstone, New York, 1980, p. 295 - 301.
- Montandon D. et al: Plastic and Reconstructive Surgery of the Orbito palpebral Region, PG. Publishing Singapore, 1990, p. 140 -159.
- Mittelviefhaus H. : Cicatricial Ectropion with fixation of lids margin to Bone, Orbit, 1992, Vol. 11 nomer 2, p. 83 - 41.
- O.Miller SS : Clinical Ophthalmology, Wright, Bristol, 1987, p. 382 - 383.

- ilder B. : The Lacrimal System, Appleton, New York, 1983, p. 165 - 168.
- MC. Cord CD : Oculoplastic Surgery, Raven Press, New-York, 1991, p. 121-127.
- Pavan D. : Manual of Ocular Diagnosis and Therapy, 2th Ed, p. 31 - 34.
- Roper-Hall MJ : Stallard's Eye Surgery, Wright, London, 1989.
- Rowena GH : Kumpulan Makalah Kursus Okuloplastik, Palembang, 1991, hal. 1-10
- Silver B, et al. : Ophthalmic Plastic Surgery, American Academy of Ophthalmology, San Francisco, 1977 p. 81 - 91.
- .Spaeth GL : Current Therapy in Ophthalmic Surgery, Decker Inc, Toronto, 1989, p. 315 - 317.
- .Tessier, et al. : Plastic Surgery of the Orbit and Eye lids Masson Publishing USA Inc, New York, 1981 p. 307 - 329.
- ?Vaughan D.Asbury T.
- Tabbara K.F. : General Ophthalmology, 13th ED, Lange Medical Publishing, 1992, p. 81 - 82.

KK KKU
617.71 Ektropion Didapat dan Penatalaksanaan
Sun nya.
e Sunaryo.

No. MHS	NAMA PEMINJAM	Tgl. Kembali

PAMERAN

16 OCT 1996

SELESAI