

(40)

Zespół wysiękowo-naczyniówkowy – opis przypadku

Uveal effusion syndrome – a case study

Iwona Grabska-Liberek, Katarzyna Zagajewska, Jacek Kosmala

Klinika Okulistyki, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego
Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego

Kierownik: dr hab. n. med. Iwona Grabska-Liberek, prof. nadzw. UTH

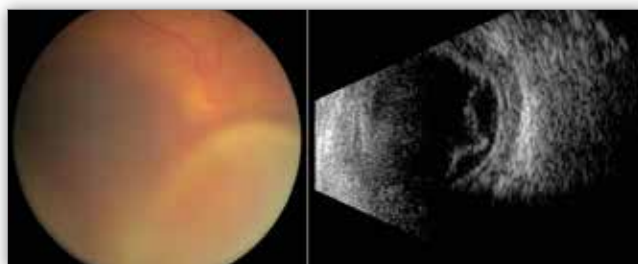
Streszczenie:	Opisujemy przypadek 63-letniej pacjentki, która została przyjęta do kliniki z powodu znacznego pogorszenia widzenia w oku prawym. Zdiagnozowano obuczny zespół wysiękowo-naczyniówkowy ze współistniejącym małowoczem. Włączono leczenie ogólne niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi, następnie oko prawe poddano operacji sklerektomii z zastosowaniem mitomicyny C. Zaobserwowano stopniowe ustępowanie odwarstwienia siatkówki z pełnym przyłożeniem siatkówki w ciągu 2 miesięcy od operacji. Nie stwierdzono nawrotu odwarstwienia w długim okresie obserwacji.
Słowa kluczowe:	zespół wysiękowo-naczyniówkowy, małowocze, wysiękowe odwarstwienie siatkówki, sklerektomia.
Summary:	We report a case study of a 63-year-old female admitted to our department with substantially decreased vision in her right eye. Bilateral uveal effusion syndrome concomitant with nanophthalmos was diagnosed. The patient received systemic treatment with non-steroidal anti-inflammatory drugs and underwent sclerectomy with topical application of mitomicin C. Gradual resolution of the retinal detachment leading to full reattachment was observed over the next 2 months. Retinal detachment did not reoccur in a long-term follow up.
Key words:	uveal effusion syndrome, nanophthalmos, exudative retinal detachment, sclerectomy.

Wstęp

Zespół wysiękowo-naczyniówkowy jest rzadko występującym, ale potencjalnie ciężkim schorzeniem. Charakteryzuje się okrężnym odłączeniem naczyniówki, wysiękowym odwarstwieniem siatkówki, minimalnym stanem zapalnym w odcinku przednim wobec prawidłowego ciśnienia wewnątrzgałkowego (1). Najczęściej dotyka mężczyzn w średnim wieku (2).

Opis przypadku

Do kliniki została przyjęta 63-letnia kobieta z powodu trwającego od około miesiąca bezbolesnego pogorszenia widzenia w oku prawym. W wywiadzie zdiagnozowano wysoką nadwzroczność obojga oczu, odwarstwienie siatkówki oka lewego (OL) oraz rozwarstwienie siatkówki oka prawego (OP). Z tego powodu kilka lat wcześniej w innym ośrodku pacjentka była poddana zabiegowi naszyca opaski w oku lewym oraz fotokoagulacji siatkówki w oku prawym. Stosowano steroidoterapię ogólną i miejscową. Uzyskano przyłożenie siatkówki bez znaczącej poprawy ostrości wzroku. W dniu przyjęcia pacjentki do kliniki ostrość wzroku wynosiła $V_{od} = 1/50$ cc +11,0 Dsph, Snod = nie czyta, oraz $V_{os} = 0,1$ cc +14,0 Dsph, Snos = 2,25 cc +17,0 Dsph. Ciśnienie wewnątrzgałkowe (Intraocular Pressure – IOP) mieściło się w granicach normy. Odcinki przednie poza początkową zaćmą były prawidłowe. Na dzień oka prawego w kwadrantach dolnych było widoczne wysiękowe odwarstwienie siatkówki. W pozostałych kwadrantach stwierdzono obwodowe odłączenie naczyniówki (ryc. 1.).

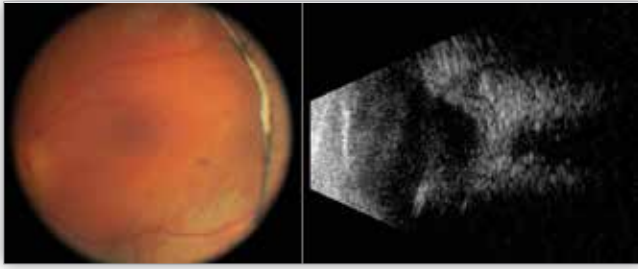


Ryc. 1. Wyjściowy stan oka prawego – masywne pęcherze odwarstwionej siatkówki widoczne w badaniu oftalmoskopowym, pogrubienie naczyniówki i twardówki oraz odwarstwienie siatkówki w kwadrantach dolnych w obrazie badania ultrasonograficznego.

Fig. 1. Right eye at baseline – massive bullae of detached retina in funduscopy, thickened choroid and sclera with retinal detachment in lower quadrants seen in ultrasonography.

Na dzień OL obserwowano niewielkie odwarstwienie siatkówki od skroni, poza tym siatkówka była przyłożona, modelowana przez opaskę. W całym tylnym biegunie występowały skupiska barwnika przypominające plamy lamparta układające się częściowo w linie. Wygląd obu tarcz nerwu wzrokowego (n. II) był prawidłowy (ryc. 2.).

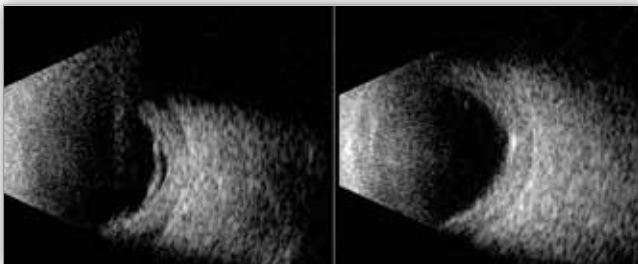
Badanie ultrasonograficzne (USG) obojga oczu wykazało masywne pogrubienie naczyniówki i twardówki, dodatkowo – w kwadrantach dolnych OP wysiękowe odwarstwienie siatkówki, w OL wgłobienie gałki wywołane opaską, z płaskim odwarstwieniem od skroni. Długość prawej gałki ocznej wynosiła



Ryc. 2. Wyjściowy stan oka lewego – „plamki lamparta” i pasmo Verhoeffa widoczne w badaniu oftalmoskopowym, pogrubienie naczyńki i twardówki, płaskie odwarstwienie siatkówki od skroni oraz wgłobienie gałki ocznej wywołane opaską z proliferacjami przy wgłobieniu widoczne w badaniu ultrasonograficznym.

Fig. 2. Left eye at baseline – “leopard spots” and Verhoeff streak in funduscopy, thickened choroid and sclera, flat temporal retinal detachment, in ultrasonography, the encircling band is visible which indents the eye with proliferation at the buckling site.

14,02 mm, lewej – 12,52 mm. Na podstawie obrazu klinicznego oraz wyników dodatkowych badań rozpoznano obustronny zespół wysiękowo-naczyniówkowy oraz małowocza. Jako przygotowanie do planowanego zabiegu chirurgicznego włączono leczenie ogólne ketoprofenem. W kolejnym miesiącu, po uzyskaniu świadomej zgody pacjentki, w klinice przeprowadzono sklerektomię w obu kwadrantach dolnych OP z zastosowaniem mitomycyny C. W pierwszej dobie od zabiegu w badaniu USG zaobserwowano prawie całkowite przyłożenie siatkówki, z resztkowym odwarstwieniem od dołu i skroni. W kolejnym badaniu USG wykonanym po 2 miesiącach stwierdzono całkowite przyłożenie siatkówki w oku operowanym, utrzymujące się w kolejnych badaniach (ryc. 3.).



Ryc. 3. Badanie ultrasonograficzne w prezentacji B oka prawego po 1 dniu od operacji oraz po 2 miesiącach od operacji – stopniowe ustępowanie odwarstwienia siatkówki aż do pełnego przyłożenia siatkówki.

Fig. 3. B-scan ultrasonography of the right eye on day 1. and month 2. postoperatively – gradual resolution of the retinal detachment leading to its complete reattachment.

Ostrość wzroku ulegała stopniowej poprawie, podczas badania przeprowadzonego po roku od operacji wynosiła $V_{od} = 0,3$ f cc +15,0 Dsph, Snod = 1,25 cc +18,0 Dsph. Pacjentka pozostaje pod stałą opieką okulistyczną i jest poddawana badaniom USG. W 51-miesięcznym okresie obserwacji nie stwierdzono nawrotu odwarstwienia.

Omówienie

Wyodrębnia się trzy główne typy zespołu wysiękowo-naczyniówkowego. Typ 1. zespołu jest rozpoznawany w przypadkach małowocza, kiedy długość gałki nie przekracza 19 mm,

wysokiej nadwzroczności (>12 Dsph) oraz pogrubienia twardówki. Do typu 2. są kwalifikowane gałki oczne bez małowocza, o prawidłowej długości lub nieznacznie mniejszej od normy, bez istotnej wady refrakcji, o pogrubiałej twardówce. Typ 3. jest rozpoznawany w gałkach ocznych bez małowocza, których długość i twardówka są prawidłowe (3). U opisywanej pacjentki zdiagnozowano typ 1. zespołu wysiękowo-naczyniówkowego. Przypuszcza się, że rozwój tego zespołu jest wywołany nieprawidłowościami w budowie twardówki, które wtórnie prowadzą do zaburzeń przetwardówkowego transportu białek oraz do ucisku żył wirowatych (4).

W badaniu okulistycznym najbardziej charakterystycznymi zmianami są uniesienie naczyńki, obecność płynu podsiatkówkowego i wtórne zmiany nabłonka barwnikowego siatkówki – „plamy lamparta”. Często współwystępuje z nimi wysiękowe odwarstwienie siatkówki z przemieszczającym się płynem podsiatkówkowym (5).

Zespół wysiękowo-naczyniówkowy jest zwykle diagnozowany na podstawie obrazu klinicznego. Niemniej jednak do prawidłowego określenia typu zespołu, a w konsekwencji do podjęcia decyzji o zasadności wdrożenia leczenia chirurgicznego, niezbędna jest ocena wady refrakcji, a także długości gałki ocznej i grubości twardówki w badaniu USG. Do diagnostyki przydatne są również badania: angiografii fluoresceinowej (Fluorescein Angiography – FA), angiografii indocyjaninowej (Indocyanine Green Angiography – ICGA) i rezonansu magnetycznego (Magnetic Resonance Imaging – MRI) (4).

Niewielkie obwodowe wysięki można jedynie obserwować, jeśli jednak wysięk podsiatkówkowy zagraża zajęciem plamki albo ją zajmuje, niezbędna jest operacja (4). Najczęściej wykonuje się sklerektomię, czyli dekompresję pełnościenną twardówki, którą po raz pierwszy opisał Gass (2). Dodatkowo zastosowanie mitomycyny C jest zalecane m.in. u młodszych pacjentów (6) lub pacjentów poddawanych kolejnej operacji (7). Ta metoda operacyjna okazała się skuteczna również w przypadku naszej pacjentki. Dekompresja żył wirowatych, opisana przez Brockhursta (8), jest metodą stosowaną rzadziej. Polega ona na przeprowadzeniu sklerektomii łącznie ze sklerotomiami w pozostałej warstwie twardówki w celu odbarczenia żył wirowatych i odprowadzenia płynu z przestrzeni nadnaczyniówkowej. Leczenie operacyjne jest skuteczne jedynie u pacjentów z zespołem typów 1. i 2. (3). Istnieją pojedyncze doniesienia odnoszące się do oceny skuteczności leczenia zespołu wysiękowo-naczyniówkowego niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi (9). Steroidoterapia jest oceniana jako metoda nieskuteczna (5).

Piśmiennictwo:

1. Weng N, Hu W, San X, Li L, Fu S: *Clinical and pathologic studies on idiopathic uveal effusion*. Chung-Hua-Yen-Ko-Tsa-Chih 1995; 31: 403–411.
2. Gass JDM: *Uveal effusion syndrome: a new hypothesis concerning pathogenesis and technique of surgical treatment*. Retina. 1983; 3: 159–163.
3. Uyama M, Takahashi K, Kozaki J, Tagami N, Takada Y, Ohkuma H, et al.: *Uveal effusion syndrome: clinical features, surgical treatment, histologic examination of sclera, and pathophysiology*. Ophthalmology. 2000; 107: 441–449.

4. Jackson TL: *Deepen your understanding of uveal effusion syndrome*. Retinal Physician. 2010 Oct; [ale który NR?] 49–53.
5. Elagouz M, Stanescu-Segall D, Jackson TL: *Uveal effusion syndrome*. Surv Ophthalmol. 2010; 55: 134–145.
6. Suzuki Y, Nishina S, Azuma N: *Scleral window surgery and topical mitomycin C for nanophthalmic uveal effusion complicated by renal failure*. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol. 2007; 245: 755–757.
7. Sabrosa NA, Smith HB, Maclaren RE: *Scleral punch method with topical mitomycin C for safe revision of failed deep sclerectomy in nanophthalmic uveal effusion syndrome*. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol. 2009; 247: 999–1001.
8. Brockhurst RJ: *Vortex vein decompression for nanophthalmic uveal effusion*. Arch Ophthalmol. 1980; 98: 1987–1990.
9. Kumar A, Kedar S, Singh RP: *The indocyanine green findings in idiopathic uveal effusion syndrome*. Indian J Ophthalmol. 2002; 50: 217–219.

Praca wpłynęła do Redakcji 23.02.2016 r. (KO-00058-2016)
Zakwalifikowano do druku 27.07.2016 r.

Adres do korespondencji (Reprint requests to):

Katarzyna Zagajewska
Klinika Okulistyki, SPSK im. prof. W. Orłowskiego
ul. Czerniakowska 231, 00-416 Warszawa
e-mail: katarzyna.zagajewska@gmail.com

Zapraszamy na naszą stronę internetową

www.okulistyka.com.pl