

Z doświadczenia klinicznego wiadomo jednak, że ten „kompromis” pomiędzy okiem, a układem immunologicznym w pewnych okolicznościach patologicznych zogicznym staje przerwaną i nadwrażliwość typu późnego pojawia się w postaci stanu zapalnego błony naczyniowej, co jednakże nie miało miejsca w przedstawionym przypadku.

PIŚMIENNICTWO

1. Adler F.H.: Physiology of the Eye, 38—39 (1981).
2. Arkin W.: Przeszczepienie rogówki, 283—294

(PZWL, Warszawa 1969). — 3. Davson H.: Physiology of the eye. (Churchill, Edinburgh 1972). — 4. Faure J.P., Bloch-Michel E., Le Hoang P., Vadot E.: Immunopathologie de l'oeil. (Masson, Paris 1988). — 5. Kaplan H.J., Streilein J.W., Stevens T.R.: Transplantation immunology of the anterior chamber of the eye. II. Immune response to allogenic cells. J. Immunol. 115: 805—810 (1975). — 6. Ptak W.: Podstawy immunologii. (PZWL, Warszawa 1987). — 7. Raki A., Garner A.: Immunopathology of the Eye. (1976). — 8. Thoru G., Adams R.: Principles of Internal Medicine, 392—393 (1977). — 9. Smolin G., Thofte R.: The Cornea, 97—98 (1983).

Praca wpłynęła: 20.04.1990 (nr 5658).

(cd. ze str. 15)

w 120 przypadkach po operacji zaćmy wykonanej zewnętrzebnowo. W 96% przypadków w pierwszym dniu po zabiegu obserwowano przerwanie bariery krwi—ciężka wodnista. W 80% przypadków obserwowano normalizację wartości białka między piątym a trzynastym dniem po zabiegu; w 20% przypadków obserwowano nadal podwyższony poziom białka. W 3 przypadkach w 6 miesięcy po zabiegu stwierdzano jeszcze podwyższony poziom białka w komorze przedniej.

Zofia Donotek-Barecka

AMBLER J.S., GASS J.D.M., GUTMAN F.A.: Objawowe rozwarstwienie — odwarstwienie siatkówki obejmujące plamkę (*Symptomatic retinoschisis — detachment involving the macula*). Amer. J. Ophthal. 112: 8—14 (1991).

Rozwarstwienie siatkówki jest dość częstym zaburzeniem obwodowej siatkówki i jest prawie zawsze bezobjawowe. W momencie kiedy w zewnętrznej warstwie siatkówki nastąpi przedarcie, dochodzi do odwarstwienia siatkówki. Odwarstwienie jest wówczas również prawie zawsze bezobjawowe, rzadko postępuje i rzadko wymaga leczenia. Autorzy doniesienia leczili rzadkie powikłania rozwarstwienia — odwarstwienia siatkówki w 4 oczach u 3 pacjentów. W tych 4 oczach tylnie położone rozwarstwienie — odwarstwienie siatkówki stało się objawowe na skutek rozprzestrzenienia się płynu pod zewnętrzną warstwę siatkówki w obszarze plamki. Połączenie fotokoagulacji laserowej z interwencją chirurgiczną jako jedyne postępowanie zastosowano w czwartym oku. Wykonano fotokoagulację laserową a następnie drenaż zewnętrzny płynu z jamy rozwarstwienia i dogłębne podanie gazu. Po zabiegu pacjent był

ułożony w pozycji twarzą w dół. W dalszej kolejności zastosowano fotokoagulację laserową z uwagi na utrzymujący się płyn podsiatkówkowy. Płyn wolno wchłaniał się a całkowite przyłożenie siatkówki nastąpiło w okresie roku po interwencji chirurgicznej. Witrektomia i podanie dogłębne gazu jest inną możliwością leczenia i daje dobre rezultaty. Może być to połączone z wewnętrznym lub zewnętrznym drenażem płynu podsiatkówkowego. W obecnej chwili nie ma jednoznacznie najlepszej metody leczenia tego typu schorzenia.

Małgorzata Guzińska

SNEED S.R., SIEVING P.A.: Dystrofia plamki z okienkowym odbłaskiem (*Fenestrated sheen macular dystrophy*). Amer. J. Ophthal. 112: 1—7 (1991).

Dystrofia plamki z okienkowym odbłaskiem jest rzadko spotykaną chorobą. Jest ona dziedziczna w sposób autosomalnie dominujący. Ta dystrofia plamki charakteryzuje się we wczesnych stadiach małymi, czerwonymi, ograniczonymi zmianami zlokalizowanymi w głębokiej nerwowo-zmysłowej warstwie siatkówki. Są to jedynie zmiany barwnikowe a nie w postaci zgrubienia czy ścięczenia siatkówki. Autorzy badali rodzinę, w której występuje dystrofia plamki z okienkowym odbłaskiem. Dotknięci tą chorobą członkowie tej rodziny prezentowali zmiany w plamce w postaci czerwonych uszkodzeń. Centralna ostrość wzroku pozostawała prawidłowa pomimo nieprawidłowości w plamce. W obwodowej siatkówce występowały także ziarnistości w nabłonku barwnikowym. Autorzy doniesienia zapowiadają dłuższą obserwację tych pacjentów co pozwoli na pogłębienie wiedzy na temat tej ciekawej plamkowej dystrofii.

Małgorzata Guzińska

(cd. na str. 33)

IMO coraz doskonalszych metod diagnostycznych spotykamy w codziennej praktyce przypadki, w których rozpoznanie jest niezwykle trudne. Dotyczy to zwłaszcza chorych, u których wzziernikowa ocena dna oczu jest niemożliwa i musimy opierać się na metodach pośrednich.

W tym doniesieniu przedstawiamy przypadek tego typu.

PRZYPADKOWY WŁASNY

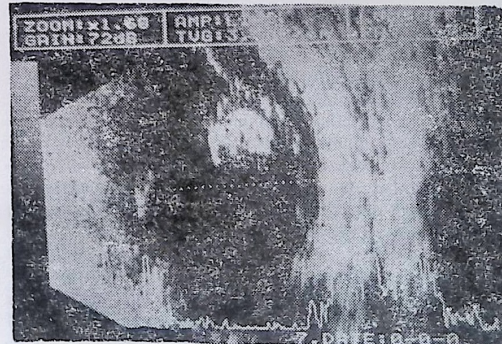
Pacjent S.K., hist. chor. 14630/889, zgłosił się przypadkowo do okulisty rejonowego z powodu uczucia ciała obcego w oku lewym. W trakcie badania stwierdzono wtedy obniżoną znacznie ostrość wzroku w oku lewym oraz utrudniony wgląd w tylny odcinek gałki ocznej. Chory został skierowany do rejonowego oddziału okulisty. Tam w badaniu USG stwierdzono pierwotne odwarstwienie siatkówki. Zaproponowano hospitalizację za około 2 miesiące.

W związku z tym pacjent zgłosił się do naszej kliniki. W wykonanym 21.09.88 r. badaniu USG stwierdzono podejrzenie guza wewnątrzgałkowego w oku lewym z towarzyszącym odwarstwieniem siatkówki. Chory został przyjęty do kliniki.

Pacjent nie potrafił podać od jak dawna gorzej widzi okiem lewym. Prawdopodobnie przed 1,5 rokiem wystąpiły zaburzenia widzenia stereoskopowego.

W chwili przyjęcia stwierdzono: ostrość wzroku oka prawego 1,0 cc +1,0 Dsph; P.o.d. 5/5,5. Odcinek przedni i dno w normie. Ostrość wzroku oka lewego — pocucie światła bez rzutowania. Odcinek przedni: spojówka przekrwiona, rogówka z lekkim obrzękiem nabłonka, w komorze przedniej od tyłu smuga krwi i rozproszone krwinki. Rysunek tęczówki zatarty, widoczne liczne, kręte naczynia (*rubeosis*). W ciele szklistym widoczne mglisto szare błony. Dalsze odcinki niedostępne badaniu. Ciśnienie śródgałkowe waha się od 25 do 60 mm Hg.

Wyniki podstawowych badań laboratoryjnych w normie. Kolejne badania USG nie dawały jednoznacznych wyników (ryc. 1). Diafanoskopia przednia ujemna. Tomografia komputerowa: gałka oczna lewa nieznacznie



Ryc. 1. Badanie USG — widoczna zmiana w ciele szklistym.

Z Kliniki Okulistycznej AM w Warszawie, kierownik: prof. dr med. Tadeusz Kęćik

Reprint requests to: Dr Dariusz Kęćik, ul. Maklakiewicza 13 m. 30; 02-642 Warszawa, Poland

DARIUSZ KĘCIK i JERZY MIANOWICZ

Nietypowy obraz kliniczny czerniaka naczyniówki

ATYPICAL CLINICAL PICTURE OF AN UVEAL MELANOMA

Presented is a case of uveal melanoma in the posterior segment of the eye. It has been accompanied by an inflammatory reaction of the anterior segment which made impossible the visual evaluation of the fundus.

HASŁA: czerniak naczyniówki, irydocyklitis, trudności diagnostyczne

KEY WORDS: uveal melanoma, iridocyclitis, diagnostic difficulties

powiększona i o zwiększonym wysyceniu. Nie stwierdzono guza wewnątrzgałkowego.

Badanie reograficzne wykazało obecność obszaru o zwiększonym ukrwieniu. Obraz taki może odpowiadać czerniakowi. W badaniu rtg oczodołu lewego nie stwierdzono zmian patologicznych. Badanie w kierunku brucelozы, toxocara, toxoplazma w granicach normy. Badanie USG narządów jamy brzusznej bez zmian patologicznych. W badaniu rtg klatki piersiowej stare zmiany po przebytych procesach gruźliczym.

W tej sytuacji podjęto próbę leczenia farmakologicznego. Pacjent otrzymał: ampicylinę, syntarpen, diuramid. Do oka lewego pilokarpinę i timolol. Nie wpłynęło to jednak na poprawę stanu miejscowego.

Po licznych konsultacjach zdecydowano się usunąć gałkę oczną. Zabieg wykonano 22.11.1988 roku w sposób typowy. Po operacji pobrano płyn z komory przedniej na badanie cytologiczne i mikrobiologiczne oraz ciało szkliste do badania mikrobiologicznego i mykologicznego. Następnie gałkę oczną przecięto. Stwierdzono całkowite odwarstwienie siatkówki, żółty płyn wypełniający jej wnętrze oraz płaski biały guz wysyciający cały tylny odcinek gałki, grubości od 1 do 2 mm (ryc. 2).

Badanie histopatologiczne (nr 16817—16819) wykazało: *Melanoma malignum* — guz bardzo płaski, nie naciekający ściany gałki ocznej ani nerwu wzrokowego. W ciele szklistym ani w płynie z komory przedniej nie



Ryc. 2. Gałka oczna po usunięciu — widoczny płaski guz.

stwierdzono komórki nowotworowe a jedynie pojedyncze makrofagi. W posiewie z ciała szklonego wyhodowano bakterie *Bacillus cereus*, o dużej antybiotykoporności. Badanie mykologiczne jałowe.

OMÓWIENIE

W diagnostyce guzów wewnątrzgałkowych, mimo rozwoju metod diagnostycznych, nadal ogromne znaczenie ma ocena wizualna. Pozwala wnioskować o charakterze zmiany, decyduje o kierunku badań dodatkowych. Wniosekowanie tylko na podstawie badań pośrednich może być obciążone znacznym błędem. Najpewniejsza w tym przypadku jest ocena histopatologiczna. Wiąże się jednak z utratą gałki ocznej.

W przedstawionym przypadku obraz kliniczny był nietypowy. Duży odczyn zapalny przedniego odcinka i wahania ciśnienia śródgałkowego kierowały raczej rozpoznaniem ku procesowi zapalnemu lub pasożytnictwu. Zarówno badanie USG, jak i tomografia, nie dały w pełni jednoznacznej odpowiedzi co do obecności i charakteru zmian wewnątrzgałkowych. Wygląd zmian w badaniu USG zależy od ich ekostruktury. Im są bardziej zbite tym silniej upodabniają się do guza nowotworowego. Badanie tomograficzne pozwala wykryć zmiany już o wymiarach powyżej 2 mm^{1,2,3}. W tym przypadku była to wartość graniczna w stosunku do grubości guza. Połączenie obu badań — tomografii komputerowej i USG — jest szczególnie przydatne w trudnych diagnostycznie przypadkach⁴. Z literatury jednak

wynika, że są przypadki, w których badania te dają sprzeczne, a czasem nieprawdziwe informacje^{3,4}. W badaniu reograficznym stwierdzono wzmożone ukrwienie okolicy podejrzonej o umiejscowienie zmiany. Był to jednak prawdopodobnie wynik związany z rozszerzeniem naczyń w przednim odcinku oka.

Struktura ciała szklonego oraz wynik posiewu mogą sugerować współistnienie infekcji bakteryjnej. Przeczy temu brak poprawy po leczeniu antybiotykami.

Sądzymy, że przyczyną zmian o charakterze zapalnym był odczyn toksyczny spowodowany ogniskową martwicą guza i współistniejącymi wylewami krwi do naczyń. To tłumaczyłoby także okresowe zwyżki ciśnienia i zmiany naczyniowe.

PIŚMIENNICTWO

1. Char D., Stone R., Irwine A.: Diagnostic modalities in choroidal melanoma. *Amer. J. Ophthalm.* 82: 223—230 (1980).
2. Krawczykowska Z., Kozłowski P., Stępień J., Walecki J.: Tomografia komputerowa w diagnostyce guzów śródgałkowych. *Klin. oczna* 85: 71—73 (1983).
3. Robertson D., Campbell R.: Errors in the diagnosis of malignant melanoma of the choroid. *Amer. J. Ophthalm.* 87: 269—275 (1979).
4. Szreterowa M., Radelicka-Rajszysowa H., Sadowska E.: Nowsze metody diagnostyki siatkówczaka. *Klin. oczna* 86: 293—295 (1984).
5. Ziemiński A., Grądziński J., Plucińska H.: Zastosowanie tomografii komputerowej osiowej w okulistyce. *Klin. oczna* 81: 433—436 (1979).

Praca wpłynęła: 7.03.1990 (nr 5648).

WYSTĘPOWANIE w Polsce podostrego stwardniającego zapalenia mózgu (SSPE) kształtuje się w zależności od okresu objętego badaniami w granicach od 0,5 do 1,6 na milion ogółu ludności^{1,10}. Choroba występuje w większości u dzieci i młodzieży, dlatego też zapadalność obliczona w odniesieniu do tej grupy wiekowej będzie odpowiednio wyższa i, jak wynika z badań Kulczyckiego i współpr.^{1,10}, wynosi ona od 2 do 5,3 przypadków na milion populacji poniżej 19 roku życia. Ze względu na jej rzadkość choroba ta, często o nietypowym przebiegu, nie jest wcześniej rozpoznawana¹⁰. Sytuacja taka ma miejsce u chorych, u których nie obserwuje się klasycznego, fazowego przebiegu^{5,14}. Występujące we wczesnym okresie choroby objawy ze strony układu wzrokowego są często powodem skierowania pacjenta do leczenia okulistyckiego. Jakkolwiek już pierwszy z czterech przypadków *van Bogaerta*, które stały się podstawą do wyodrębnienia tej jednostki chorobowej miał obrzęk tarcz n. wzrokowych¹, to nadal objawy wzrokowe w SSPE są mylnie interpretowane, szczególnie we wczesnym okresie choroby²⁰.

MATERIAŁ KLINICZNY

Badaniem objęto 76 dzieci leczonych w Klinice Neurologii i Klinice Neurologii Rozwojowej AM w Poznaniu z rozpoznaniem SSPE. Wystąpienie na początku choroby objawów ze strony układu wzrokowego spostrzeżono u 23-osobowej grupy dzieci w wieku lat 3—17 (5 dziewcząt, 18 chłopców). Rozpoznanie SSPE ustalono w oparciu o powszechnie przyjęte kryteria diagnostyczne^{5,14}.

WYNIKI

Najczęściej obserwowano pojawienie się obrzęku tarcz nerwów wzrokowych. Wystąpił on w 9 przypadkach spośród 23 z wczesnymi objawami okulistycznymi w SSPE (tab. I).

U dzieci tych stwierdzono występowanie podmiotowych i przedmiotowych objawów wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego, takich jak: bóle głowy, wymioty, napady drgawkowe oraz powiększanie się obwodu głowy. Badania radiologiczne czaszki wykazały poszerzenie szwów czaszkowych i pogłębienia wycisków palczastych (tab. II).

W ośmiu dalszych przypadkach objawem rozpoczynającego się procesu chorobowego było nagłe lub narastające w ciągu średnio dwóch tygodni pogorszenie ostrości wzroku. W czasie badania okulistycznego u dzieci tych stwierdzono: nadwzroczność (6 przypadków) lub oko niewidzące — bez poczucia światła (2 przypadki) ze zwolnioną reakcją na światło. W jednym z tych przypadków zmiany na dnie oka opisano jako zwyrodnienie plamki, u drugiego dziecka zmian na dnie oczu nie dostrzeżono (tab. III).

Postępujące obniżenie ostrości wzroku obserwowano u pozostałych 6 dzieci jako pierwszy objaw chorobowy, tylko w 2 przypadkach związane było ze zmianami na dnie oka (w jednym zanik prosty nerwów wzrokowych,

Z Kliniki Neurologii Rozwojowej AM w Poznaniu, kierownik: prof. dr med. *Bożena Galas-Zgorzalewicz* i z Kliniki Neurologii AM w Poznaniu, kierownik: prof. dr med. *Mieczysław Wender*

Reprint requests to: Dr Barbara Sek-Steinborn, ul. Lubeckiego 16; 60-348 Poznań, Poland

BARBARA SEK-STEINBORN, BOŻENA GALAS-ZGORZALEWICZ i MIECZYSLAW WENDER

Wczesne zmiany w układzie wzrokowym w podostym stwardniającym zapaleniu mózgu

EARLY CHANGES IN THE VISUAL SYSTEM IN SUBACUTE SCLEROSING PANENCEPHALITIS

This paper presents our observations of changes in the visual system in the early period of SSPE in the group of 23 children at the age of 3 to 17 years (18 boys and 5 girls). The most frequent changes were papillary stasis (9 patients). Decreased visual acuity with no changes in the optic fundus or with chorioretinitis and simple atrophy of the optic nerve were observed in 8 children. Convergent squint, visual hallucinations and visual agnosia were additional symptoms in single cases. Changes in the visual system which appeared in early period of the disease as single clinical symptom usually create serious diagnostic problems. The greatest problem appeared when papillary stasis coexisted with other symptoms of increased intracranial pressure. Neuroradiological examinations were decisive in these cases. Diagnosis of SSPE was confirmed by further course of the disease and others additional and typical results.

HASŁA: podostre stwardniające zapalenie mózgu (SSPE), objawy oczne, obraz dna oka w przebiegu SSPE

KEY WORDS: subacute sclerosing panencephalitis (SSPE), ophthalmological signs, eye fundus in the course of SSPE

Tabela I. Wczesne zmiany w układzie wzrokowym w przebiegu SSPE

Lp.	Wiek (lata, m-c)	Płeć	Objawy
1	3,9	M	przypadki z objawami rzekomoguzowymi
2	9,0	M	" "
3	10,0	M	" "
4	4,5	M	" "
5	4,5	M	" "
6	5,0	M	" "
7	5,2	M	" "
8	15,6	M	" "
9	5,1	M	" "
10	10,0	Ż	oko niewidzące (bez poczucia światła), zwolnienie reakcji na światło, zwyrodnienie plamki
11	7,0	Ż	oko niewidzące (bez poczucia światła), zwolnienie reakcji na światło, dno oka niezmiennione
12	14,9	M	postępujące obniżenie ostrości wzroku, dno oka niezmiennione
13	13,0	M	" "
14	12,1	Ż	" "
15	12,0	Ż	" "
16	10,7	M	postępujące obniżenie ostrości wzroku, zwyrodnienie plamki
17	14,6	M	postępujące obniżenie ostrości wzroku, zez zbieżny oka lewego, zanik prosty nn. wzrokowych
18	8,0	M	omamy wzrokowe, dno oka niezmiennione
19	4,0	M	zez zbieżny naprężenienny, odbarwienie tarcz nerwów wzrokowych
20	8,0	M	zanik prosty nerwów wzrokowych
21	7,0	M	zanik prosty nerwów wzrokowych
22	8,0	M	zanik prosty nerwów wzrokowych
23	16,2	Ż	agnozka wzrokowa, dno oka niezmiennione