



VOLUMED

Ryszard Kacała & Józef Kokoszka

51-423 Wrocław, ul. Olsztyńska 3
tel. (071) 32-53-561, 32-53-554, 0 90 26 20 79
tel./fax (071) 32-54-201

Andrzej Danysz

Kompendium farmakologii i farmakoterapii

dla lekarzy, farmaceutów
i studentów



Wydanie III
poprawione i uzupełnione

Szanowni Państwo

Wydawnictwo VOLUMED ma przyjemność
zapropionować Państwu zakup
III wydania książki

prof. dr. hab. n. med. Andrzeja Danysza
i współautorów

pt.

Kompendium farmakologii i farmakoterapii

Podręcznik ten jest już III wydaniem, poprawionym i uzupełnionym, po I wydaniu w roku 1994 i II w roku 1995. Duże zainteresowanie, jakim cieszy się ten podręcznik, świadczy o trafności tego opracowania.

Podręcznik ten jest udaną próbą przełamania schematów w sposobie pisania podręczników farmakoterapii na rynku polskim. Zamierzeniem prof. Danysza i współautorów było dostarczenie Czytelnikowi możliwie skondensowanych i aktualnych informacji o lekach, z krytyczną oceną ich wartości terapeutycznych z uwzględnieniem najbardziej istotnych, z praktycznego punktu widzenia, zagadnień farmakoterapii, ważnych dla lekarzy ogólnych, specjalistów i studentów medycyny. Po każdym rozdziale są zamieszczane podsumowania stanowiące niezbędne wypuklenie najważniejszych tematów.

Format A5, 864 stron, oprawa twarda, foliowana, ISBN 83-85564-32-2

Konto: Bank Śląski w Katowicach Oddział we Wrocławiu nr 10501575-502697-77

Prace kazuistyczne

Klinika Oczna 1998, 100 (1): 45-49
ISSN 0023-2157 Indeks 362 646

Kostniak błony naczyniowej Choroidal osteoma

Barbara Terelak-Borys, Grażyna Czechońska¹

Abstract: Choroidal osteoma is a benign, ossifying tumor, first described by Gass and Williams in 1978, typically found in healthy young females. Usually it is localized in the posterior pole of the eye, near the optic disc and the macula. Its aetiology is unknown: it may be caused by osseous metaplasia of the retinal pigment epithelium, or it may represent a kind of choristoma. The diagnosis of the choroidal osteoma is based mainly on its very characteristic clinical picture, ultrasonography and computed tomography – both demonstrating calcific plaque corresponding to the lesion. The most important complications of the tumor are: subretinal neovascularisation, subretinal and intraretinal haemorrhages, serous and haemorrhagic retinal detachments. Neovascularisation can be successfully treated by laser photocoagulation, which can even lead to decalcification and involution of the tumor. Choroidal osteoma must be differentiated mainly from amelanotic choroidal melanoma, choroidal nevus, choroidal haemangioma, choroidal metastasis, granuloma, organized subretinal haemorrhage, sclerochoroidal calcification and age-related macular degeneration. In this paper we present a case of a choroidal osteoma recognized in an 11-year-old girl. There have been no signs of tumor's growth or signs of subretinal neovascularisation for three years of follow-up. As far as we know, it is the first case of this disease described in Polish literature.

Słowa kluczowe: kostniak błony naczyniowej, wewnątrzgałkowa ossyfikacja

Key words: choroidal osteoma, intraocular ossification

Odkładanie soli wapnia w tkankach pozaszkieletowych – w tym także w gałce ocznej – może występować w dwóch postaciach: kalcyfikacji i ossyfikacji. Pierwszy z tych procesów polega na precypitacji soli wapnia, drugi związany jest z wytwarzaniem tkanki kostnej (13, 14).

Wewnątrzgałkowa ossyfikacja nie jest procesem bardzo rzadkim. Stwierdzono jej występowanie w 4,8% przypadków z 2 486 badanych histopatologicznie, enukleowanych gałek ocznych (8). Najczęściej jest spotykana w gałkach zanikowych, po urazach, ciężkich sta-

nach zapalnych, obciążonych wadami wrodzonymi (8, 15). Powstaje najprawdopodobniej w wyniku metaplazji nabłonka barwnikowego siatkówki do tkanki kostnej (6, 13). Wśród stanów patologicznych istotnych klinicznie występuje ona m.in. w: naczyniakach i czerniakach naczyniówki, siatkówczakach, starczych zwyrodnieniach płamki (15). W tych sytuacjach obecność zwapnienia można potwierdzić przez badanie TK lub USG (15).

Kostniak naczyniówki jest rozpoznawaną od niedawna formą wewnątrzgałkowej ossyfikacji. Jego obraz histopatologiczny został przedstawiony po raz pierwszy w 1963 roku przez Reese, ale błędnie zinterpretowany jako kostniejący naczyniak naczyniówki (15). Pierwszy raz został właściwie rozpoznany i opisany w literaturze przez Gassa i Williamsa w 1978 r. (9, 20). Jego zdiagnozowanie było możliwe na podstawie badań histopatologicznych gałki ocznej, usuniętej z powodu rozpoznania bezbarwnikowego czerniaka, opartego na wysoce dodatnim wyniku testu 32 P (9, 20). Ten fałszywie dodatni wynik był konsekwencją dużej zawartości fosforu w guzie, zbudowanym z dojrzałej tkanki kostnej, i znacznego przyswajania przez nią dia-

¹ Z Kliniki Okulistycznej CMPK w Warszawie
Kierownik: prof. dr hab. Krystyna Czechowicz-Janicka

² Z Oddziału Ocznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Warszawie
Ordynator: dr med. Wojciech Czamecki

Adres do korespondencji (Reprint requests to):
Lek. med. Barbara Terelak-Borys
Państwowy Szpital Kliniczny Nr 1
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego
Klinika Okulistyki
ul. Czerniakowska 231
00-416 Warszawa

gnostycznie podanego izotopu (9, 20). Charakterystyczny kliniczny obraz guza w połączeniu z cechami zwapnienia w badaniach RTG i USG pozwoliły w następnych przypadkach właściwie rozpoznać chorobę i uniknąć enukleacji (9).

Pod opieką poradni konsultacyjnej Kliniki Okulistyki CMKP w Warszawie pozostaje dziewczynka, u której rozpoznano tę chorobę.

Opis przypadku

Pacjentka A.S. w wieku 11 lat została skierowana do naszej poradni z rozpoznaniem: *Retinitis centralis oc. sin.* W wywiadzie podawała pogorszenie widzenia okiem lewym z towarzyszeniem metamorfopsji od kilku dni. Ogólnie zdrowa, bez innych dolegliwości.

W badaniu przedmiotowym stwierdzono ostrość wzroku w dal OP – prawidłowa z korektą -2,0 D, OL – 0,6 korekta nie pomaga. Ostrość wzroku z bliska obojga oczu – prawidłowa bez korekty, ciśnienie śródgałkowe 12 mm Hg w obojgu oczach. Pole widzenia OP prawidłowe, w OL – znaczne poszerzenie plamy ślepej. Odcinki przednie obojga oczu i dno oka prawego – prawidłowe. W dnie oka lewego, wokół tarczy nerwu II, stwierdzono położoną podsiatkówkowo zmianę guzową barwy biało-żółtej, na obrzeżach lekko pomarańczową, wyraźnie ograniczoną, z „wypustką” w części

nosowodolnej, wielkości 1-2 dd. Przebiegające nad nią naczynia siatkówki były prawidłowe. Zmiana dochodziła do plamki, w której wystąpił krwotok z nagromadzeniem barwnika (ryc. 1).

Pozostała siatkówka nie wykazywała cech patologicznych. W rozpoznaniu wstępnym uwzględniono: guz nerwu wzrokowego lub zmianę wrodzoną o nieznannej etiologii. W badaniu USG-A wymiar przednio-tylny gałek wynosił: OP – 23,7 mm, OL – 21,2 mm. Prezentacja B wykazała: uwypuklenie tylnego bieguna gałki w obszarze tarczy nerwu II i okolicy okołotarczowej w kierunku ciała szklistego, bardzo silne wysycenie ech z tarczy i początkowego odcinka nerwu, utrzymujące się przy najniższej czułości aparatu (40 dB) oraz efekt „cienia akustycznego” za zmianą, sugerującą jej zwapnienie (ryc. 2).

W badaniu TK stwierdzono ognisko hiperdensyjne, położone wewnątrzgałkowo przy tarczy nerwu II, mogące odpowiadać zwapnieniu. Fluoroangiografia wykazała hiperfluorescencję na i wokół tarczy nerwu II, prześwitywanie naczyń naczyniówki, hipofluorescencję przy skroniowym brzegu zmiany, klinicznie odpowiadającą krwotokowi, niefizjologiczne naczynia podsiatkówkowe w jej dolnej części (ryc. 3).

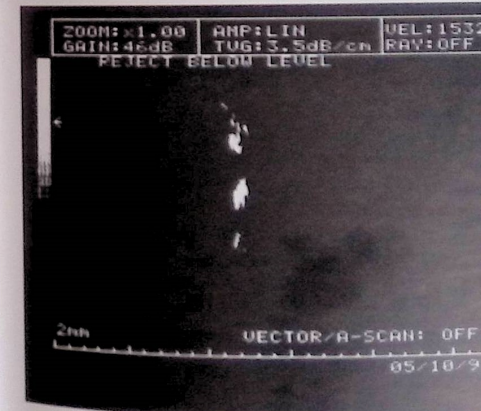
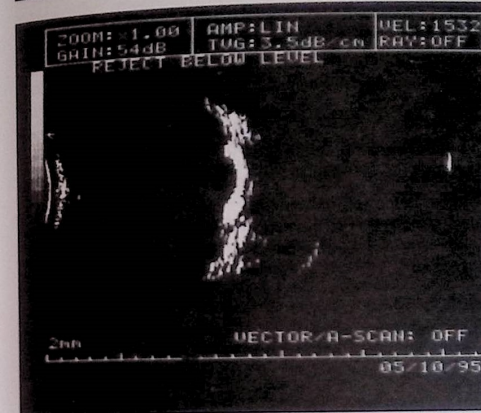
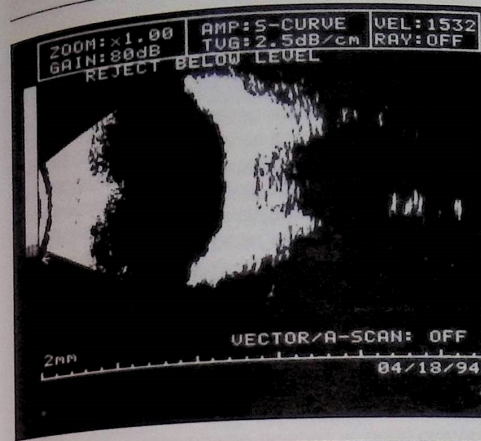
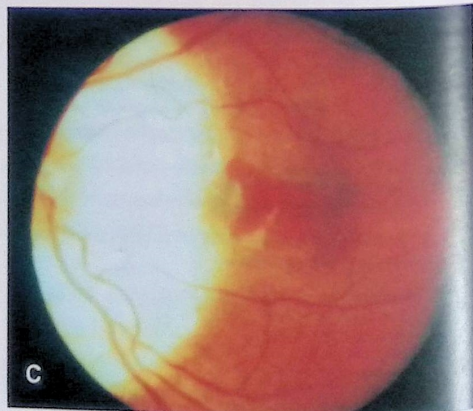
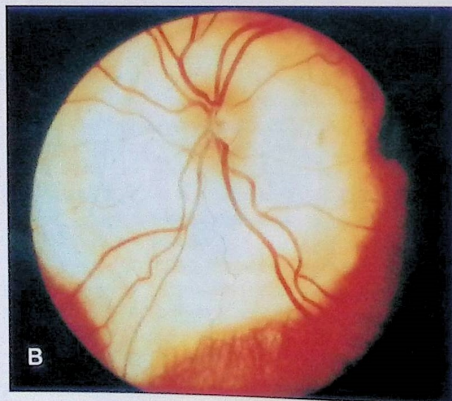
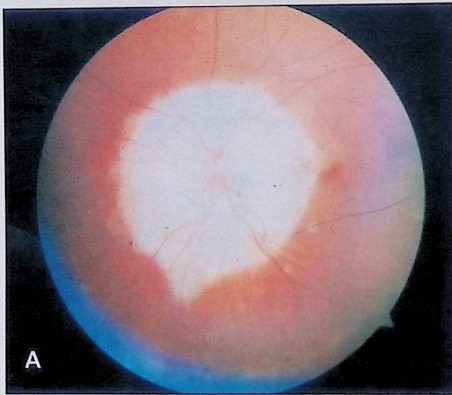
Na podstawie cech zwapnienia w badaniach dodatkowych, szczególnie w USG, które jest bardzo charakterystyczne dla tego guza, w połączeniu ze znamienym obrazem klinicznym, rozpoznano kostniaka błony naczyniowej. W trakcie obserwacji nastąpiła poprawa ostrości wzroku do 1,0, związana z wchłonięciem krwotoku, a następnie stopniowe pogarszanie do 0,4 w wyniku ponownych krwotoków, surowiczego odwarstwienia plamki oraz jej zmian degeneracyjnych. Klinicznie i ultrasonograficznie nie stwierdzano cech progresji guza, kontrolna fluoroangiografia wykazała powstanie blizny w okolicy plamki.

Ryc. 1. Pacjentka A.S. lat 11. Obraz dna oka lewego:

- A – tarcza nerwu wzrokowego otoczona tkanką guza
- B – charakterystyczna „wypustka” w części nosowodolnej
- C – krwotok do plamki

Fig. 1. Patient A.S., an 11-year-old girl. Fundus photograph of the left eye:

- A – the optic disc surrounded by tumor's tissue
- B – characteristic projection in the inferonasal part of the tumor
- C – macular haemorrhage



Ryc. 2. Obraz kostniaka w badaniu USG-B

Fig. 2. B-scan ultrasonogram of the choroidal osteoma

Omówienie

Kostniak naczyniówki jest łagodnym guzem, wstępującym głównie u zdrowych, młodych kobiet, w II-III dekadzie życia (6, 7, 9-12, 15-17, 19, 20), najczęściej jednostronnie – w 75% przypadków, lecz występują też przypadki obustronne (4, 6, 7, 12, 15). Czasem pojawia się u osób powyżej 30. roku życia



Ryc. 3. Fluoroangiografia dna oka lewego
Fig. 3. The left eye: fluorescein angiography

(18) lub dzieci poniżej 10 lat (7, 12). Lokalizuje się w biegunie tylnym, najczęściej przytarczowo, czasem bezpośrednio w okolicy plamki (1), zwykle jest jedno-, rzadziej wieloogniskowy (16), niekiedy może składać się z części, połączonych wąską „cieśnią” (11). Osiąga wielkość 2-22 mm oraz wysokość 0,5-2,5 mm (15). Obraz kliniczny wykazuje wysoce specyficzne cechy. Guz jest lekko i nieregularnie uniesiony, ma barwę biało-żółtą, czasem lekko pomarańczową, może mieć ogniskowe skupiska barwnika na powierzchni. Granice są wyraźne, geograficzne – tworzące charakterystyczne „wypustki”, przypominające pseudopodia (1, 3, 7, 9-12, 15-20). Unaczynienie guza jest czasem widoczne na jego powierzchni w postaci krótkich pęczków rozgałęziających się naczyń, które mogą podlegać modyfikacji: jedne zanikają, powstają nowe (10). Najważniejszymi powikłaniami guza są: surowicze odwarstwienie siatkówki i krwotoki do- i podsiatkówkowe, których przyczyną jest zwykle proces neowaskularyzacji (3, 7, 9, 15, 18, 19). Krwotoki mogą występować czasem samoistnie i wtedy, według niektórych autorów, ich źródłem są naczynia własne guza (4, 10). Neowaskularyzacja często dotyczy plamki, powodując jej krwotoczną odwarstwienie i powstawanie blizny tarczowatej (9, 15).

Naturalny przebieg choroby może być różny. W większości przypadków guz pozostaje stabilny lub wykazuje powolny wzrost (6, 9-12, 16, 19). Opisano jednak przypadki nietypowego, bardzo szybkiego rozwoju guza z ciężkimi powikłaniami (7). Niekiedy obserwuje się jego inwolucję z dekalcyfikacją i pozostawianiem atrofi naczyniówkowo-siatkówkowej (3, 6, 15).

