

nię przyczyny pogorszenia ostrości wzroku. Obserwowane od samego początku nieznaczne zblednięcie tarcz od strony skroniowej (uznane za fizjologiczne) oraz zwężenie naczyń siatkówki i obniżenie ostrości wzroku były pierwszymi objawami zapowiadającymi zanik nerwu II. Należy zaznaczyć, że zmiany w polu widzenia znacznie wyprzedziły nieprawidłowości w obrazie wziernikowym dna oka. Dopiero przeprowadzenie szerokiej diagnostyki pozwoliło ustalić właściwe rozpoznanie.

Wnioski

1. Zmiany w obrębie narządu wzroku mogą być jedynymi objawami ciężkich schorzeń neurologicznych.

2. Gwałtownie postępujący spadek ostrości wzroku i zaburzenia w polu widzenia mogą o 3-4 miesiące wyprzedzać zmiany na dnie oka.

Piśmiennictwo

1. Araszkievicz H., Haftek J., Ziętara R.: *Zatrzymanie czynności serca w przypadku zespołu Arnolda-Chiarięgo*. Neur. Neurochir. Pol., 1973, 23, 125-128.
2. Barton J.J., Sharpe J.A.: *Oscillopsia and horizontal nystagmus with accelerating slow phases following lumbar puncture in the Arnold-Chiari malformation*. Ann. Neurol., 1993, 33, 418-421.

3. Bixenman W.W., Laguna J.F.: *Acquired esotropia as initial manifestation of Arnold-Chiari malformation*. J. Pediatr. Ophthalmol. Strabismus, 1987, 24, 83-86.
4. Duke-Elder S.: *System of ophthalmology*. Henry Kimpton, London, 1971, 12, 294-301, 878-879.
5. Elta G.H., Caldwell C.A.: *Esophageal dysphagia as the sole symptom in type I Chiari malformation*. Dig. Dis. Sci., 1996, 41, 512-515.
6. Jakobiec F., Albert D.: *Principles and practice of ophthalmology*. W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1994, 4, 2425-2427.
7. Lennerstrand G., Gallo J.E.: *Neuroophthalmological evaluation of patients with myelomeningocele and Chiari malformations*. Dev. Med. Child. Neurol., 1990, 32, 415-422.
8. Oakes J.W.: *Neurosurgery*. McGraw-Hill Book Company, New York, 1983, 2102-2111.
9. Orłowski W.J.: *Encyklopedia objawów okulistycznych w zespołach układowych*. PZWL, Warszawa, 1973, 18.
10. Orłowski W.: *Okulistyka współczesna*. PZWL, Warszawa, 1986, 379-382.
11. Ostrowski K., Woźniak M.: *O zespole Arnolda-Chiarięgo*. Neurol. Neurochir. Pol., 1976, 26, 368-372.
12. Siikara T.: *Isolated sleep apnea due to Chiari type I malformation and syringomyelia*. Pediatr. Neurol., 1995, 13, 266-267.

Praca wpłynęła do Redakcji 24 czerwca 1997 r. (576)

Prace kazuistyczne

Klinika Oczna 1997, 99 (3), 199-200
ISSN 0023-2157 Indeks 362 646

Pourazowe oddzielenie ciała rzęskowego

Postcyclodialysis hypotony

Maria Lewandowska-Furmanik, Anna Matysik, Stanisława Stańska-Onyszkiewicz¹

Abstract: In a patient with progressive considerable decrease of intraocular pressure disinsertion of the ciliary muscle from its attachment at the scleral spur was found. Because of aggravating symptoms of ocular hypotony and no improved response to conservative treatment cryotherapy was applied four weeks after the occurrence of trauma above the site of the disinsertion of the ciliary muscle. This method proved to be effective, leading to reattachment of the detached ciliary muscle and subsidence of symptoms of decreased intraocular pressure.

Słowa kluczowe: uraz gałki ocznej, hipotonia, pourazowe oddzielenie ciała rzęskowego

Key words: ocular trauma, hypotony, cyclodialysis cleft

Pourazowym oddzieleniem ciała rzęskowego (pocr) – *cyclodialysis cleft* – nazywamy stan, w którym dochodzi do odwarstwienia włókien południkowych mięśnia rzęskowego od ostrogi twardówkowej. Uszkodzeniu temu towarzyszy znaczne obniżenie ciśnienia śródgałkowego (4, 5, 8).

Odwarstwienie ciała rzęskowego może być spowodowane ciężkimi urazami tępymi i drążącymi gałki ocznej. Może być także następstwem operacji, takich jak: usunięcie zaćmy wewnątrz- i zewnątrzłobkowe, wszczepienie soczewki wewnątrzgałkowej i zabiegi przeciwjaskrowe (3-5, 8).

Odwarstwienie ciała rzęskowego prowadzi do obniżenia ciśnienia wewnątrzgałkowego, co jest prawdopodobnie następstwem wytworzenia bezpośredniej komunikacji między przednią komorą a przestrzenią nadnaczyniówkową oraz zwiększonym odpływem cieczy wodnistej. Wskutek uszkodzenia ciała rzęskowego może dochodzić do zmniejszenia produkcji cieczy wo-

dnistej, co dodatkowo przyczynia się do obniżenia ciśnienia śródgałkowego (2, 5, 6).

Długo trwające obniżenie ciśnienia śródgałkowego może wywoływać zmiany w tylnym odcinku gałki ocznej w postaci obrzęku tarczy nerwu wzrokowego, obrzęku płamki, pofałdowania siatkówki i odwarstwienia naczyniówki i doprowadzić do znacznego pogorszenia ostrości wzroku, czasami aż do utraty widzenia (5).

W wyniku pocr dochodzi także do zmniejszenia przednio-tylnego wymiaru gałki ocznej, powodującego nadwzroczność. Może także występować utrata przejrzystości rogówki, spłylenie przedniej komory, zrosty przednie lub/i zmętnienie soczewki. Stosunkowo często, przede wszystkim w przypadkach rozwarstwień na niewielkim obszarze, pocr ustępuje samoistnie (5). Według większości autorów leczenie chirurgiczne należy zastosować w przypadku długo, powyżej 6 tygodni, utrzymującej się hipotonii. W niewielkich uszkodzeniach zabieg można ograniczyć do leczenia za pomocą lasera argonowego, diatermii przebijającej bądź krioterapii (1, 2, 5-7).

Opis przypadku

Chory P.R. lat 23, leczony w czerwcu 1996 roku w II Klinice Okulistyki w Lublinie z powodu tępego urazu prawej gałki ocznej, którego doznał 7 dni wcześniej.

Z II Kliniki Okulistyki AM w Lublinie
Kierownik: prof. dr hab. Jerzy Toczkołowski

¹Z Przychodni Specjalistycznej, ZOZ w Bilgoraju
Kierownik: lek. med. Stanisław Lorenc

Adres do korespondencji (Reprint requests to):
Dr med. Maria Lewandowska-Furmanik
ul. Poniatowskiego 10/2
20-060 Lublin

Na podstawie badania okulistycznego w dniu przyjęcia stwierdzono: ostrość wzroku w dal OP – liczy palce z odległości 1 m, OL – 1, ciśnienie wewnątrzgałkowe OP – 2 mm Hg, OL – 17 mm Hg.

Oko prawe: z odchylen od normy występowało przymięlenie rogówki, płytka komora przednia, opalescencja płynu komory, nieznaczne zatarcie rysunku tęczówki, poszerzenie źrenicy, która słabiej reagowała na światło. Wykryto odwarstwienie ciała rzęskowego od godziny 5 do 6 (badanie w trójlustrze Goldmanna), niewielką ilość rozproszonej krwi w cieple szklistym, a na dnie oka widoczny był krwotok podsiatkówkowy wielkości 1 dd. Nie stwierdzono rany przebijającej ani pęknięcia pourazowego gałki ocznej.

Oko lewe: gałka oczna prawidłowa.

Pomimo leczenia zachowawczego ciśnienie śródgałkowe nie powracało do normy i wynosiło po 3 tygodniach 3 mm Hg. Objawy hipotonii gałki ocznej nasiliły się, a ostrość wzroku nie uległa poprawie. Po 28 dniach od urazu u chorego zastosowano krioterapię przezspojówkową ponad miejscem odwarstwienia ciała rzęskowego wykonując 6 przyłożeń krioplikatora oziębionego do temperatury -60°C, po 1 minucie każde, w odległości 2-4 mm od rąbka rogówkowo-twardówkowego. W drugim dniu po zabiegu komora przednia pogłębiła się, ciśnienie wzrosło do 27 mm Hg i przez 7 dni utrzymywało się na poziomie 27-30 mm Hg. W 14. dniu po krioplikacji ostrość wzroku w dal OP wynosiła 0,1, a ciśnienie śródgałkowe osiągnęło wartość 20 mm Hg. Podczas 4-miesięcznej obserwacji chorego ciśnienie śródgałkowe utrzymywało się w granicach normy.

Omówienie

W oku po urazach z długo utrzymującym się obniżeniem ciśnienia śródgałkowego i płytką komorą przednią należy brać pod uwagę rozszczepienie ciała rzęskowego i jego odwarstwienie od ostrogi twardówkowej. Często takie zmiany pourazowe są mylnie rozpoznawane jako ostry, pourazowy zanik gałki ocznej – *ptisis bulbi* (5).

Po okresie długotrwałej hipotonii gałki ocznej w małych odwarstwiach ciała rzęskowego obejmujących jedną godzinę zegarową można zastosować leczenie za pomocą lasera argonowego, diatermii bądź krioterapii. W bardziej rozległym odwarstwienu ciała rzęskowego po 6 tygodniach braku poprawy, po leczeniu zachowawczym zalecane jest postępowanie operacyjne celem zapobieżenia groźnym powikłaniom przewlekłej hipotonii (1, 2, 5, 7).

Przedstawiono wiele technik operacyjnych leczenia odwarstwowanego ciała rzęskowego, takich jak: zakładanie szwów przez nasadę tęczówki, ciało rzęskowe i twardówkę, przyłożenie odwarstwowanego ciała rzęskowego za pomocą szwów McCanel czy przyszycie go do twardówki przez komorę przednią. Opisywane są także operacje wglabiające przednią twardówkę (2, 4-6). Techniki bezpośredniego przysycia ciała rzęskowego do ostrogi twardówkowej opisywali Hager, Mackensen, Corydon. Modyfikację tych operacji, tak zwaną bezpośrednią cyclopexię, przedstawił Naumann (5). Stosowane były także wstrzyknięcia plazmy i wapnia do komory przedniej (8).

Te wszystkie postępowania chirurgiczne obciążone są dużymi powikłaniami ze strony narządu wzroku i mogą prowadzić do uszkodzenia soczewki, powstania zrostów przednich, jaskry wtórnej oraz krwotoków wewnątrzgałkowych (5).

Mniej ryzykowne jest zastosowanie diatermii przebijającej na twardówkę, z drenażem płynu podsiatkówkowego, które było przedstawione po raz pierwszy przez Chandlera i Mauenea (6).

Joondeph i Harbin leczyli rozszczepienie ciała rzęskowego za pomocą lasera argonowego. Laseroterapia jako bezpieczna i skuteczna metoda jest obecnie najbardziej rozpowszechniona w leczeniu niewielkich uszkodzeń ciała rzęskowego (1, 7).

Także krioterapia ciała rzęskowego, w miejscu jego odwarstwienia, jest uznawana za nieinwazyjną i prostą metodę (2, 6, 7). Niektórzy autorzy twierdzą, że płyn gromadzący się między twardówką i ciałem rzęskowym może utrudniać powstanie odpowiedzi zapalnej i powstania zrostów między odwarstwowanymi tkankami (2).

U chorego leczonego w naszej Klinice niska temperatura była zastosowana po 4 tygodniach po urazie i okazała się skuteczną metodą prowadzącą do przyłożenia się odwarstwowanego ciała rzęskowego i ustąpienia objawów związanych z niskim ciśnieniem śródgałkowym.

Wnioski

Leczenie pourazowego, małego rozszczepienia ciała rzęskowego za pomocą niskiej temperatury w świetle własnej obserwacji, wydaje się być metodą bezpieczną, prostą w użyciu. Może być polecana jako początkowe postępowanie przed ewentualnym zastosowaniem innych skomplikowanych metod chirurgicznych.

Piśmiennictwo

1. Alward W.L.M., Hodapp E.A., Parel J.M., Anderson D.R.: Argon laser endophotocoagulation closure of cyclodialysis cleft (letter). *Am. J. Ophthalmol.*, 1988, 106, 748-749.
2. Barasch K., Galin M.A., Baras I.: Postcyclodialysis hypotony. *Am. J. Ophthalmol.*, 1989, 68, 644-645.
3. Davenport W.H., Brown R.H., Lynch M.G.: Hypotony after rotation of an intraocular lens haptic into a cyclodialysis cleft (letter). *Am. J. Ophthalmol.*, 1986, 101, 736-737.
4. Kuchle M., Naumann G.O.H.: Direkte Zykllopexie bei Zyklodialyse mit persistierendem Hypotonie-Syndrom. *Fortschr. Ophthalmol.*, 1990, 87, 247-251.
5. Kuchle M., Naumann G.O.H.: Direct cyclopexy for traumatic cyclodialysis with persisting hypotony. *Ophthalmology*, 1995, 102, 321-332.
6. Maumenee A.E., Stark W.J.: Management of persistent hypotony after planned or inadvertent cyclodialysis. *Am. J. Ophthalmol.*, 1971, 71, 320-327.
7. Pertamian L.G.: Treatment of cyclodialysis cleft with argon laser photocoagulation in a patient with a shallow anterior chamber. *Am. J. Ophthalmol.*, 1985, 99, 5-7.
8. Wollensak J.: Das Hypotoniesyndrom und seine Behandlung. *Klin. Mbl. Augenheilk.*, 1976, 168, 746-750.

Praca wpłynęła do Redakcji 4 marca 1997 r. (542)

Prace kazuistyczne

Klinika Oczna 1997, 99 (3): 201-204
ISSN 0023-2157 Indeks 362 646

Przypadek olbrzymiej przepukliny oponowo-mózgowej w obrębie oczodołu u noworodka

A case of gigantic orbital meningoencephalocele in a newborn

Agneszka Trzebicka, Paweł Daszkiewicz¹, Joanna Cielecka-Kuszyk², Wiesława Grajkowska²

Abstract: A case of a gigantic orbital meningoencephalocele in a neonate treated successfully by staged correction is presented. Correction of this congenital malformation enabled a more normal further development of brain and face, and also resulted in a much more acceptable cosmetic appearance. All this had a positive influence on psychomotor development of this child. An overview of pertinent literature is included.

Słowa kluczowe: przepuklina oponowo-mózgowa

Key words: meningoencephalocele

Przepuklina oponowo-mózgowa w obrębie oczodołu należy do rzadkich anomalii rozwojowych. Jest to wypuklenie opon i tkanki mózgowej poprzez ubytek w ścianie oczodołu do jego wnętrza. Występuje w postaci miękkiego, elastycznego guza, umiejscowionego najczęściej w okolicy górnosonowej oczodołu, mogącego wykazywać pulsację mózgową, powiększającego się przy płaczu i krzyku.

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie przypadku dziecka z olbrzymią przepukliną oponowo-mózgową w obrębie oczodołu, interesującego ze względu na wielkość zmiany oraz dobry efekt leczenia operacyjnego.

Opis przypadku

Noworodek J.N. pici żeńskiej, skierowany został do Centrum Zdrowia Dziecka ze szpitala rejonowego w 5. dobie życia z rozpoznaniem guza oczodołu lewego. Było to dziecko rodziców młodych i zdrowych, z ciąży drugiej, nie powikłanej, urodzone o czasie siłami natury, z masą ciała 3000 g, ocenione na 9 pkt w skali Apgar. Przy przyjęciu stan ogólny dziecka był dobry. Z odchylen od normy stwierdzono torbielowaty guz wielkości brzoskwinii wystający z oczodołu lewego, barwy sinoczerwonej, powodujący znaczne rozciągnięcie powiek i spojówki oraz niedomykalność szpary powiekowej (ryc. 1).

Gałka oczna wtopiona w masę guza była znacznie mniejsza od prawidłowej, przemieszczona w kierunku górnosonowym, rogówka całkowicie zmętniała, a dalsze odcinki oka niewidoczne. Badanie CT z 8 sierpnia 1995 r. wykazało obecność dużego, niejednorodnego guza o gęstości 11-41 jH, zajmującego lewy oczodoł, wystającego poza jego obręb ok. 4 cm, sięgającego ku przodowi do wysokości nadoczodołowej. W jego masę wtopiona była gałka oczna. Nieprawidłowa masa tkanki przechodziła do jamy czaszki przez kanał nerwu wzrokowego i ubytek w skrzydle mniejszym kości klinowej

Z Kliniki Okulistyki
Kierownik: prof. dr hab. Marek Prost

¹Z Kliniki Neurochirurgii
Kierownik: doc. dr hab. Marcin Roszkowski

²Z Zakładu Patomorfologii
Kierownik: prof. dr hab. Bogdan Woźniak

Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie

Adres do korespondencji (Reprint requests to):
Dr med. Paweł Daszkiewicz
Oddział Neurochirurgii
Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”
ul. Dzieci Polskich 20
04-736 Warszawa