

Tabela III

Zmiany towarzyszące oderwaniu od rąbka zębatego	n
Plamka objęta o.s.	17
Zmiany drobnotorbielowate w plamce	10
Otwór rzekomy w plamce	5
Inne otwory w okolicy oderwania od rąbka zębatego (małe, okrągłe)	4
Torbiel siatkówki	1
Linie demarkacyjne	13
Zm. zwyrodnieniowe w okolicy oderwania od rąbka	
— zwyrr. kraciaste	3
— zwyrr. drobnotorbielowate	9
— rozwarstwienie	7
— trakcje szkliskowe na brzegu oderwania	5

Tabela IV

Rodzaj zabiegu	Ostrość wzroku do dali		
	po zabiegu	przy badaniu kontrolnym	
	n	n	
Wfaldowanie twardówki z diatermokoagulacją	< 4/50 5/50—5/16 5/12—5/8 5/7—5/5	1 5 3 11	3 6 3 8
Plomba równoleżnikowa z krioekcją	< 4/50 5/50—5/16 5/12—5/8 5/7—5/5	2 8 4 6	2 7 6 5

Po zabiegu operacyjnym wfaldowania twardówki stwierdzono w 7 oczach niezbornosć nadwzroczną od 2 do 5 dioptrii, która to występowała przy badaniu kontrolnym. Odnośnie stanu siatkówki to w grupie tej w 16 przypadkach stwierdzono rozległe blizny, zaniki naczyńkowo-siatkówkowe oraz masywne występowanie barwnika pod postacią dużych pól występujących niemalże okrężnie w równiku. W 6 przypadkach stwierdzono obniżenie ostrości wzroku co było spowodowane zmętnieniem soczewki oraz przechodzeniem linii demarkacyjnych przez plamkę, czy też pojawieniem się i przegrupowaniem w niej barwnika. Natomiast w grupie, w której zastosowano wszczep równoleżnikowy w 2 przypadkach nie uzyskano przyłożenia (w 1 wystąpiła infekcja, a w drugim nietolerancja wszczepu). Siatkówka w pozostałych 18 oczach została przyłożona (90%) i nie wykazywała tak dużych zmian po zastosowaniu wszczepu — wpuklenie z reguły było mniej ostre a blizny wywołane krioekcją delikatniejsze.

OMÓWIENIE

Uzyskane dane potwierdzają cechy o.s. spowodowane oderwaniem od rąbka zębatego. Występuje ono najczęściej w młodym wieku, przeważnie u płci męskiej i jest etiologii urazowej¹⁻³ (50%) lub na tle zmian wrodzonych obwodu siatkówki, które to również były znalezione w naszym materiale. Najbardziej typową lokalizacją jest kwadrant dolno-skroniowy. Co do wyników anatomicznego wyleczenia przy porównaniu obu metod operacyjnych nie ma istotnych różnic (90% i 95%) i są one zgodne z danymi z piśmiennictwa^{2,4,7}. Natomiast słabszy efekt czynnościowy jest uzależniony od długości o.s. (większość przypadków powyżej 5 mies.), jak i zmian w samej plamce. Zdaniem większości autorów poprawę wyników czynnościowych uzyskuje się w 40—60%^{4,5}. W naszym materiale po 15 latach zaobserwowano obniżenie się ostrości wzroku w 6 przypadkach, co miało związek z uprzednio przebyłym urazem i jego wpływem na soczewkę, jak i zajęciem plamki przez o.s.

Porównując stan siatkówki w odległych badaniach w grupie operowanej diatermokoagulacją z wfaldowaniem twardówki — obecność blizn naczyńkowo-siatkówkowych i zmian barwnikowych na obwodzie siatkówki świadczy o niekorzystnym działaniu diatermokoagulacji na siatkówkę i naczyńkówkę. Natomiast nie można określić ujemnego działania diatermokoagulacji na samą twardówkę, bowiem nie było reoperacji w tej grupie. Z kolei obecność niezborności w 7 oczach (35%) utrzymującego się przez okres 15 lat należy potraktować jako czynnik mający również wpływ na gorszy wynik czynnościowy.

Analizując drugi rodzaj zabiegu operacyjnego jakim jest wpuklenie zewnątrzwardówkowe przy pomocy wszczepu równoleżnikowego niekorzystnym faktem jest możliwość wystąpienia infekcji. Lokalizacja obwodowa wszczepu równoleżnikowego może niekiedy zmieniać warunki anatomiczne (duże uwypuklenie spojówki z uniesieniem powieki dolnej, ograniczenie ruchomości gałki ocznej wywołane umiejscowieniem wszczepu pod mięśniami). Należy więc podkreślić, że ważnym momentem w o.s. z oderwaniem rąbka jest dokładne objęcie otworu poprzez wszczep, jak i równomierne jego przyleganie do ściany gałki ocznej, co możemy uzyskać przez stosowanie szwów w kształcie litery U z wiązaniem po jednej stronie. Istotną jest również bardzo dokładna ocena wysokości odchylonej siatkówki celem dobrania odpowiedniej grubości wszczepu (cała grubość, 1/2). W okresie pooperacyjnym należy uwzględnić konieczność zastosowania uzupełniającego barażu laserowego na wszczepie celem dodatkowego zabezpieczenia brzegu zięjącego otworu.

Nadal najważniejszym momentem jest dokładne badanie w szkle trójlusterkowym przed zabiegiem^{1,7,8} i ocena rozległości oderwania siatkówki podczas zabiegu operacyjnego (wpuklenie i oglądanie wzornikiem *Fisona*), jak i odpowiedni wybór metody operacyjnej. O.s. spowodowane oderwaniem od rąbka daje wysoki procent wyleczenia metodami powszechnie nam znanymi, a obecnie najnowsze metody wprowadzane przez *Bonnet* i wspólni⁷ — dają możliwość 100% wyniku wyleczenia anatomicznego, jak i braku powikłań dzięki wprowadzeniu mikrochirurgii do operacji o.s. Daje ona możliwość zredukowania wszczepów do minimum i modelowaniu ich z opony lub powięzi liofilizowanej indywidualnie do każdego otworu.

PIŚMIENNICTWO

1. *Bartkowska-Orłowska M., Bernardczyk A.*: Przydatność badania w szkle potrójnym Goldmanna w oderwaniu siatkówki od rąbka zębatego. *Klin. oczna* 42: 747—752 (1972). — 2. *Bonnet M., Majenin C., Pecoldowa K., Grange J.D.*: Dégagements de la rétine par désinsertion à l'ora serrata. *J. Franc. Ophtal.* 9: 231—241 (1986). — 3. *Chignell A.H.*: Retinal detachment surgery. (Springer, Berlin 1980). — 4. *Dałkowska A., Pytlarz E.*: Odległe wyniki leczenia odwarstwienia siatkówki u dzieci i młodzieży. *Klin. oczna* 90: 323—326 (1988). — 5. *Girard P., Bodard E., Pasticier A., Biojout G., Forest J.*: Prognostic du décollement de rétine de l'enfant. *J. Franc. Ophtal.* 10: 589—596 (1978). — 6. *Pecoldowa K.*: Oderwanie siatkówki od rąbka zębatego. *Klin. oczna* 40: 713—718 (1970). — 7. *Pecoldowa K., Bonnet M.*: Analiza operacyjnego leczenia odwarstwienia siatkówki spowodowanego oderwaniem od rąbka zębatego. *Klin. oczna* 90: 269—270 (1988). — 8. *Pecoldowa K., Plucińska H., Bartoszewicz H.*: Oderwanie siatkówki od rąbka zębatego. Obserwacje 117 przypadków. *Klin. oczna* 81: 673—676 (1979).

Praca wpłynęła: 9.01.1991 (nr 5710).

TORBIELE ciała szklatego występują bardzo rzadko. Rozróżniamy torbiele wrodzone, rozwojowe, zwyrodnieniowe, pasożytnicze, urazowe¹. Mechanizm i przyczyny powstawania torbieli, zwłaszcza wrodzonych i rozwojowych, nie są dokładnie poznane. Istnieją tylko przypuszczenia^{2,3}. Na świecie opisano około 30 przypadków torbieli w ciele szklistem, w polskim piśmiennictwie 1 przypadek przez *Adamczewską* i *Janukowiczową*. Ze względu na rzadkie występowanie torbieli ciała szklatego oraz trudności diagnostyczne z nimi związane przedstawiamy nasz przypadek.

OPIS PRZYPADKU

Chora *J. Ł.* lat 61, skierowana do naszej kliniki celem konsultacji. Po raz pierwszy zgłosiła się do okulisty przed czterema laty w roku 1985 z powodu ruchomych plam przed okiem prawym i lewym. Od dwudziestu lat nosi okulary z powodu krótkowzroczności. W wywiadzie urazów oraz innych chorób oczu nie podaje. Badaniem okulistycznym stwierdzono: vis.o.d. 5/16 z —16,0 Dsph, Sn.o.d. 0,75/30 z —13,0 Dsph; vis.o.s. 5/25 z —13,0 Dsph, Sn.o.s. 1,5/30 z —10,0 Dsph. Ciśnienie wewnątrzgałkowe oraz pole widzenia o.p. i o.l. bez odchyłań od stanu prawidłowego. W ciele szklistem obustronny męt odłączenia tylnego. W środkowych warstwach ciała szklatego w oku prawym w kwadrancie dolno-nosowym, w oku lewym w kwadrancie górno-skroniowym okrągłe twory półprzezroczyste, o nierównej powierzchni, koloru szarego „ufiksowane na niteczkach” w ciele szklistem i poruszające się przy ruchach oczu, wielkości 2 mm w o.p. oraz 1,5 mm w o.l. W ciele szklistem nie stwierdzono cech zapalnych. Dno oka prawego i lewego: tarcza n. II blade-różowa otoczona sierpem krótkowzrocznym, w plamce zmiany zwyrodnieniowe krótkowzroczne bardziej rozwinięte w oku lewym, naczynia lekko zwężone, szczególnie tętnice, obwód siatkówki bez odchyłań. W badaniach dodatkowych u chorej wykluczono wszystkie inne schorzenia, zwłaszcza choroby pasożytnicze.

OMÓWIENIE

Torbiele ciała szklatego są rzadkim schorzeniem. Najczęściej są wykrywane przypadkowo w czasie badania

Z Kliniki Okulistycznej AM w Poznaniu, kierownik: doc. dr med. *Krzysztof Pecold*

Reprint requests to: Dr *Katarzyna Manys-Kubacka*, ul. Grochowska 44 m 11; 60-332 Poznań, Poland

KATARZYNA MANYS-KUBACKA
i **JAROSŁAW KOCIĘCKI**

Obustronna torbiel
w ciele szklistem

BILATERAL CYST IN THE VITREOUS

A bilateral cyst of the vitreous was diagnosed in a woman-patient, aged 61 with high myopia. The cyst was probably of degenerative etiology. Because of a very rare incidence of vitreous cysts which is connected with diagnostic difficulties the authors present this case in detail.

HASŁA: torbiel ciała szklatego

KEY WORDS: cyst of the vitreous body

okulistycznego. U naszej chorej na podstawie kształtu, wielkości, przezroczystości i ufiksowania zmiany w ciele szklistem rozpoznaliśmy obustronną torbiel. Ze względu na rzadkie występowanie torbieli ciała szklatego często są popełniane błędy diagnostyczne. Torbiele o etiologii wrodzonej, rozwojowej, zwyrodnieniowej są ruchome, przezroczyste, wielkości od 1 do 5 mm, często mogą być ufiksowane na niteczkach ciała szklatego, mają powierzchnię gładką lub nierówną. Nie powodują upośledzenia funkcji oka². Obniżona ostrość wzroku obu oczu u naszej pacjentki jest spowodowana zmianami siatkówki w tylnym biegunie na tle krótkowzroczności. U naszej chorej wyklucziliśmy etiologię urazową oraz pasożytniczą. Ze względu na występowanie u chorej wysokiej krótkowzroczności² należałoby przypuszczać, że jest to torbiel zwyrodnieniowa. Ponieważ jednak nie znamy u chorej obrazu ciała szklatego przed wystąpieniem dolegliwości nie można wykluczyć torbieli wrodzonej i rozwojowej.

PIŚMIENNICTWO

1. *Adamczewska I., Janukowiczowa H.*: Przypadek torbieli wolnych w ciele szklistem. *Klin. oczna* 43: 1365—1367 (1973). — 2. *Velhagen K.*: *Der Augennarzt*, III, 1080 (Thieme Leipzig 1975). — 3. *Duke-Elder S.*: *System of ophthalmology*, III, 2754 i 2763 (Kimpton, London 1964).

Praca wpłynęła: 9.01.1991 (nr 5705).