

FIBROSIS praeretinalis macularis jest schorzeniem siatkówki, które opisywane było również pod takimi nazwami jak: *preretinal vitreous membrane*⁴, *surface wrinkling retinopathy*^{2,9}, *cellophane maculopathy*⁴, *macular pucker*². Schorzenie to charakteryzuje się powstaniem w plamce lub w obrębie bieguna tylnego gąbki ocznej przezroczystej lub szarawej błony przedsiatkówkowej.

Do rozwoju tej błony może dojść po wcześniejszych operacjach wewnątrzgałkowych, urazach, stanach zapalnych błony naczyniowej, zakrzepie żyły środkowej siatkówki¹¹, jak również w przebiegu cukrzycy, nadciśnienia, anemii sierpowatej, choroby *Eales'a* lub długo trwającego odwarstwienia siatkówki¹. Czasami może ona występować samoistnie nie będąc poprzedzoną żadnymi chorobami okulistycznymi czy ogólnymi. Opisywano także wrodzone występowanie błony przedsiatkówkowej¹².

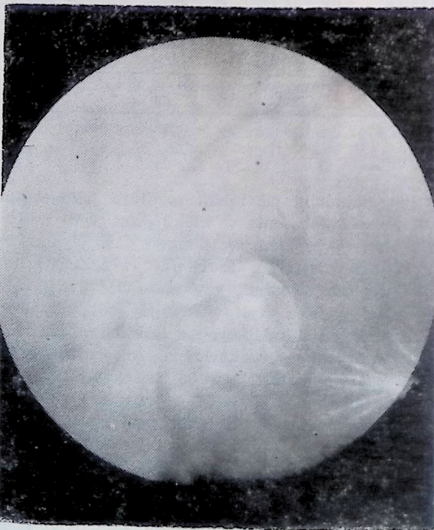
Pierwszym dostrzegalnym objawem schorzenia jest wystąpienie refleksów z powierzchni siatkówki, zazwyczaj w okolicy plamki. Są one spowodowane przez przezroczystą błonę przedsiatkówkową. W następstwie kurczenia się błony i pociągania leżącej poniżej siatkówki dochodzi do powstania licznych fałdów składających się z błony granicznej wewnętrznej i przylegających komórek Müllera. Jeżeli powierzchnia kurczącej się błony przedsiatkówkowej jest odpowiednio duża powoduje to wystąpienie krętego przebiegu naczyń włosowatych okolicy plamki, jak również naczyń w tylnym biegunie i przemieszczenia ich ku plamce. W przypadku dużego pofałdowania i znacznego pociągania siatkówki przez kurczącą się błonę może dochodzić do obrzęku i ograniczonego surowiczego odwarstwienia siatkówki^{4,7}. Jednakże z powodu pofałdowania siatkówki obraz angiograficzny jest na ogół nietypowy dla torbielowatego obrzęku plamki^{2,4,7}. W miarę jak błona staje się grubsza i przybiera barwę szarawą dochodzi do pogorszenia ostrości wzroku zależnego od stopnia zaawansowania zmian siatkówkowych, ale zazwyczaj nie jest niższa niż 0.5^{4,7}. W przypadkach kiedy pofałdowanie obejmuje całą grubość siatkówki może dojść do wystąpienia metamorfopsji². W 20—30% przypadków zmiany chorobowe występują także w drugim oku^{1,7}.

Błony przedsiatkówkowe w okolicy plamki zazwyczaj nie postępują i pozostają niezmiennione przez wiele lat¹⁰. W rzadkich przypadkach może dojść do samoistnego odłączenia się błony przedsiatkówkowej, czemu towarzyszy zazwyczaj polepszenie ostrości wzroku^{2,7}.

W niniejszej pracy przedstawiono dwóch chorych z *fibrosis praeretinalis macularis sec.*, u których doszło do samoistnego odłączenia błony przedsiatkówkowej.

OPISY PRZYPADKÓW

1. Chora K.K., lat 56, zgłosiła się do kliniki z powodu pogorszenia widzenia okiem lewym. Badaniem okulistycznym stwierdzono: v.o.d. 1.0, v.o.s. 0.25 z kor. —2.0 Dsph. Oko prawe: przedni odcinek prawidłowy, w ciele szklistym niewielka ilość drobnych mętów, dno oka w normie. Oko lewe: przedni odcinek prawidłowy. W ciele szklistym stwierdzano zmiany świadczące o przebytym stanie zapalnym błony naczyniowej. W plamce wi-



Ryc. 1. Chora K.K. — w ciele szklistym widoczna biała przedsiatkówkowa całkowicie odłączona od siatkówki.

WOJCIECH KĄTSKI i EWA OLESZCZYŃSKA-PROST

Samoistne odłączenie błony przedsiatkówkowej w fibrosis praeretinalis macularis

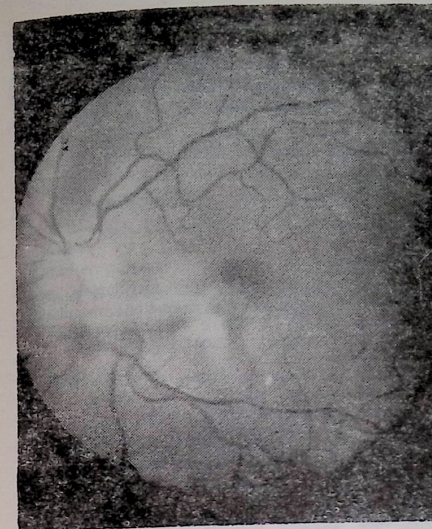
SPONTANEOUS DETACHMENT OF THE PRERETINAL MEMBRANE IN PRERETINAL MACULAR FIBROSIS

Preretinal macular fibrosis is one of the most frequently encountered conditions of the macula; it is based on the formation of a transparent or white-gray preretinal membrane. Usually these changes do not progress and persist without change for many years. In rare cases it may come to a spontaneous detachment of the preretinal membrane connected usually with an improvement of the visual acuity. Presented are 2 patients with preretinal macular fibrosis in whom — after a various duration of the disease — it came to a spontaneous detachment of the preretinal membrane.

HASŁA: fibrosis praeretinalis macularis, samoistne odłączenie

KEY WORDS: preretinal macular fibrosis, spontaneous detachment

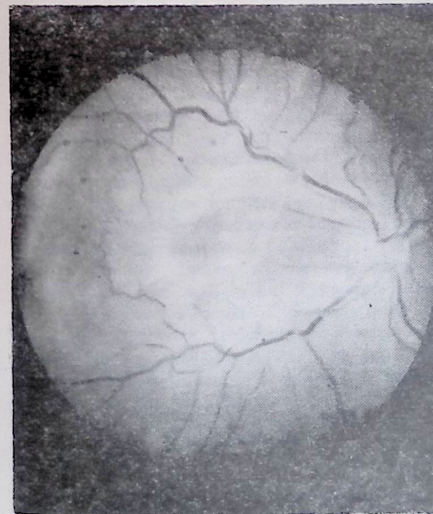
doczna była szarawa błona przedsiatkówkowa wielkości około 4 dd., pociągająca siatkówkę i powodująca jej pofałdowanie. Naczynia okołoplamkowe siatkówki o krętym przebiegu wyraźnie przemieszczone ku plamce. Nie stwierdzono tylnego odłączenia ciała szklistego, zmian naczyniowych ani pourazowych w tylnym biegunie jak i obwodowych częściach siatkówki. Na podstawie badań dodatkowych u chorej wykluczono cukrzycę i nadciśnienie tętnicze. Po 2 miesiącach w czasie kolejnego badania stwierdzono, że błona przedsiatkówkowa uległa gwałtownemu obkurczeniu i całkowitemu odłączeniu od siatkówki z jednoczesnym przemieszczeniem do boku od osi



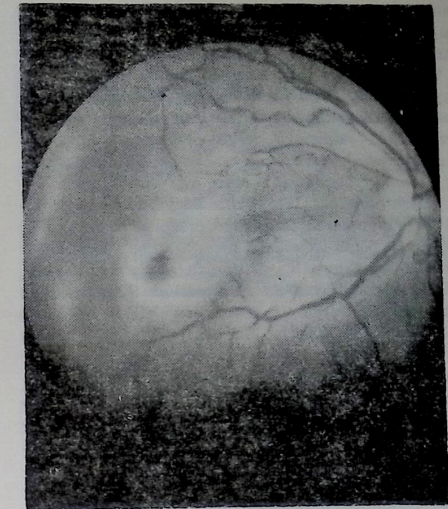
Ryc. 2. Chora K.K. — dno oka po odłączeniu się błony przedsiatkówkowej i przemieszczeniu jej do boku od osi widzenia.

widzenia (ryc. 1). Towarzyszyło temu tylne odłączenie ciała szklistego. Pofałdowanie siatkówki uległo zmniejszeniu a naczynia krwionośne siatkówki wykazywały znacznie mniej kręty przebieg (ryc. 2). Ostrość wzroku oka lewego poprawiła się do 0.5 z kor. —2.0 Dsph. Po upływie 2 miesięcy od odłączenia się błony pofałdowanie siatkówki uległo dalszemu zmniejszeniu. Ostrość wzroku oka lewego wzrosła do 0.8 z kor. —2.0 Dsph.

2. Chory M.L., lat 24, zgłosił się do kliniki z powodu rany przebijającej twardówki na godz. 9 w odległości 7 mm od rąbka rogówki oraz ciała obcego wewnątrzgałkowego oka prawego znajdującego się w ciele szklistym



Ryc. 3. Chory M.L. — dno oka 2 miesiące po usunięciu ciała obcego. W obrębie bieguna tylnego widoczna biała przedsiatkówkowa przesiąknięta płamką i pociągająca naczynia okołoplamkowe siatkówki.



Ryc. 4. Chory M.L. — widoczna biała przedsiatkówkowa całkowicie odłączona od siatkówki. Naczynia okołoplamkowe siatkówki o zdecydowanie bardziej prostym przebiegu.

w kwadrancie dolno-skroniowym. Ciało obce zostało usunięte przy pomocy elektromagnesu. Badaniem okulistycznym po operacji stwierdzono: v.o.utr. 1.0. W oku prawym w kwadrancie dolno-skroniowym w ciele szklistym widoczny był krwotok przesłaniający dno oka. W pobliżu plamki stwierdzano się pojedyncze drobne krwotoki siatkówkowe. Pozostały obszar dna prawidłowy. Po 2 tygodniach chory został wypisany do domu z ostrością wzroku oka prawego 1.0 i prawie całkowicie zresorbowanym krwotokiem z ciała szklistego. Po upływie 2 miesięcy chory zgłosił się ponownie z powodu pogorszenia widzenia okiem prawym; stwierdzono v.o.d. liczy palec z 4.5 m, dno oka: w obrębie tylnego bieguna widoczna była biała-szara pierścieniowata błona przedsiatkówkowa przesłaniająca plamkę i pociągająca naczynia okołoplamkowe siatkówki, szczególnie na godz. 1 (ryc. 3).

Badaniem w trójlustrze *Goldmanna* nie stwierdzono odłączenia ciała szklistego. Po upływie kolejnego miesiąca biała-szara błona przedsiatkówkowa przesłaniająca plamkę uległa całkowitemu odłączeniu od siatkówki, obkurczeniu i częściowemu przemieszczeniu poza obręb plamki (ryc. 4). Towarzyszyło temu tylne odłączenie ciała szklistego. Ostrość wzroku uległa poprawie do 0.2, a po upływie kolejnego miesiąca do 0.3.

OMÓWIENIE

Patogeneza *fibrosis praeretinalis macularis sec.* nie została jak dotąd jednoznacznie ustalona. Liczne badania sugerują, że przyczyną rozwoju błony jest przenikanie komórek glejowych z neuroreceptorowej części siatkówki przez otwory w błonie granicznej wewnętrznej, zwłaszcza w okolicy dużych naczyń siatkówkowych gdzie może być ona ścieńczala lub może jej w ogóle nie być^{4,9}. Do powstania tych otworów dochodzi najprawdopodobniej w wyniku tylnego odłączenia ciała szklistego obserwowanego u 60—90% tych chorych^{4,9}.

Niektóre prace sugerują jednak, że tylne odłączenie ciała szklistego nie jest jednak przyczyną ale skutkiem

Z Kliniki Okulistycznej AM w Lublinie, kierownik: prof. dr med. Kazimierz Gerkowicz

Reprint requests to: Dr med. Wojciech Kątski, ul. Chmielna 1; 20-079 Lublin, Poland

powstania błony przedsiatkówkowej. Badania Foosa wskazują, że błona przedsiatkówkowa może się tworzyć również w obrębie ciała szklonego przed jego odłączeniem. W ten sposób dochodzi do zamknięcia cienkiej warstwy ciała szklonego pomiędzy powierzchnią siatkówki a błoną przedsiatkówkową. Te zmiany prowadzą do odłączenia ciała szklonego czego przyczyną jest błona przedsiatkówkowa¹. Wysuwane są również przypuszczenia, że błona ta zbudowana może być nie tylko z komórek glejowych, lecz także z hialocytów. Potwierdzeniem tych przypuszczeń mogą być przeprowadzone przez Kampik'a i wspólnie⁶ badania histologiczne pierwotnych błon przedsiatkówkowych, w których stwierdzono obecność komórek podobnych do fibroblastów i makrofagów wydających się raczej z hialocytów ciała szklonego niż z komórek glejowych lub warstwy barwnikowej siatkówki.

W opisanym przez nas drugim przypadku doszło najprawdopodobniej do rozwoju wtórnej błony przedsiatkówkowej włóknistej pozapalnej jako odczynu na obecność ciała obcego i krwotoku w ciele szklonym oraz drobnych krwotoków siatkówkowych w okolicy plamki. Jak się wydaje samoistne odłączenie błony przedsiatkówkowej u opisywanych powyżej chorych mogło być spowodowane następującym mechanizmem. W trakcie rozwoju doszło do jej kurczenia się co spowodowało odłączenie od powierzchni siatkówki części obwodowych błony. W ten sposób rozerwaniu uległy najmocniejsze połączenia pomiędzy błoną a siatkówką, które wg Foosa¹ przypuszczalnie znajdują się w miejscu otworów w błonie granicznej wewnętrznej na obwodzie błony przedsiatkówkowej¹. Wraz z tylnym odłączeniem ciała szklonego nastąpiło również odłączenie błony przedsiatkówkowej, ponieważ połączenie pomiędzy tą błoną a ciałem szklonym było silniejsze niż pomiędzy błoną a siatkówką. U obydwu chorych razem z samoistnym odłączeniem błony przedsiatkówkowej i przemieszczeniem jej poza obszar plamki doszło do znacznej poprawy ostrości wzroku. Wydaje się, że było to spowodowane uwolnieniem

obszaru plamki od pokrywającej go biało-szarej błony utrudniającej przechodzenie promieni świetlnych oraz zmniejszeniem pofaldowania siatkówki po odłączeniu błony. Możliwe również, że mniejsze pociąganie siatkówki przez błonę spowodowało zmniejszenie obrzęku tkanki siatkówkowej.

Samoistne odłączenie błony przedsiatkówkowej, jakie spotkaliśmy u obu opisanych chorych, jest rzadko spotykaną zmianą, o której jednak trzeba pamiętać.

PIŚMIENNICTWO

1. Clarkson J.G., Green W.R., Massof D.: A histopathologic review of 168 cases of preretinal membrane. *Amer. J. Ophthalmol.* 84: 1-17 (1977).
2. Cleasby G.W.: Spontaneous cure of macular pucker. (w:) Ryan S.J., Dawson A.K., Little H.L.: *Retinal diseases*, 185-187 (Grune and Stratton, Orlando 1985).
3. Foos R.Y.: Vitreoretinal junction: epiretinal membranes and vitreous. *Invest. Ophthalmol.* 16: 416-422 (1977).
4. Gass J.D.M.: *Macular diseases - diagnosis and treatment*. (Mosby, St. Louis 1977).
5. Hirokawa H., Jalkh A.E., Takahashi M., Tempe C.L., Schepens C.: Role of the vitreous in idiopathic preretinal macular fibrosis. *Amer. J. Ophthalmol.* 101: 166-169 (1986).
6. Kampik A., Green W.R., Michels R.G., Nase P.K.: Ultrastructural features of progressive idiopathic epiretinal membrane removed by vitreous surgery. *Amer. J. Ophthalmol.* 90: 797-809 (1980).
7. McDonald H.R., Verre W.P., Aberg T.M.: Surgical management of idiopathic epiretinal membranes. *Ophthalmology* 93: 978-983 (1986).
8. McGuinness R.: Epiretinal membrane formation associated with spontaneous massive preretinal proliferation. *Brit. J. Ophthalmol.* 64: 102-104 (1980).
9. Roth A.M., Foos R.Y.: Surface wrinkling retinopathy in eyes enucleated at autopsy. *Trans. amer. Acad. Ophthalmol.* 75: 1047-1056 (1971).
10. Shirakawa H., Ogino N.: Idiopathic epiretinal membranes with spontaneous posterior vitreous separation. *Ophthalmologica* 194: 90-94 (1987).
11. Wise G.N.: Clinical features of idiopathic preretinal macular fibrosis. *Amer. J. Ophthalmol.* 79: 349-357 (1975).
12. Wise G.N.: Congenital preretinal macular fibrosis. *Amer. J. Ophthalmol.* 79: 363-365 (1975).

Praca wpłynęła: 25.5.1988 (nr 5367).

MYOSITIS orbitalis (m.o.) należy do szerokiej grupy nieswoistych schorzeń zapalnych oczodołu. Większość klinicyстів^{4, 10} utożsamia lub porównuje ten proces z guzami rzekomymi oczodołu.

M.o. charakteryzuje się jednostronnym lub obustronnym wytrzeszczem, obrzękiem powiek i spojówek oraz ograniczeniem czynności mięśni zewnętrznych oka¹. Pacjenci skarżą się na nagłe rozpoczynające się: ból, pieczenie w obrębie oczodołu, dwojenie, opadnięcie powieki a także na przewlekłe utrzymujące się zapalenia spojówek.

Znamiennie jest nacieczenie zapalne jednego, co najwyżej dwóch mięśni zewnętrznych oka, czasami radykalna poprawa po kuracji kortykoidami^{2-4, 10}.

OBSERWACJE WŁASNE

W naszej klinice w latach 1983-1988 na 26 chorych z jednostronnym wytrzeszczem u 4 pacjentów miał on charakter nietypowy.

Przypadek 1. 66-letni chory zgłosił się do kliniki w listopadzie 1987 roku z powodu bólu oka prawego i pogorszenia widzenia. Od grudnia 1987 r. dołączyło się także dwojenie, zwłaszcza przy patrzeniu w górę. Przy przyjęciu stwierdzono: v.o.d. 5/7 knp, v.o.s. 5/8 knp, P.o.u. 16,0 mm Hg. Gałka oczna prawa w wytrzeszczu 1,5 mm. Przedni odcinek poza opalizującymi soczewkami bez zmian. Na dnie oka w okolicy plamkowej zmiany zwyrodnieniowe. Naczynia tętnicze zwężone, żyłne prawidłowe.

Podstawowe badania dodatkowe i konsultacja neurologiczna odchyliły od normy nie wykazały. Przeprowadzono tomografię komputerową, która wykazała pogrubienie mięśnia prostego dolnego do ok. 1,5 cm na całej długości. Sugerowano naciek nowotworowy mięśnia prostego dolnego. W leczeniu stosowano Encorton, Trental, preparaty witaminowe. Uzyskano poprawę, objawy bólowe cofnęły się, zmniejszył się wytrzeszcz. W 11-miesięcznej obserwacji nie dochodziło do pogorszenia.

Przypadek 2. 55-letni chory przyjęty do kliniki w marcu 1988 r. z powodu narastającego od pół roku wytrzeszczu gałki ocznej lewej, obrzęku i bólu powieki górnej oka lewego oraz dwojenia.

Przy przyjęciu stwierdzono: v.o.s. 5/5, gałka oczna lewa w wytrzeszczu na 2 mm. Przedni odcinek i dno oka bez zmian. W badaniach dodatkowych z odchylił od normy uwagę zwraca dodatni test lateksowy. Wykonano tomografię komputerową, która wykazała: twór guzowaty obejmujący mięsień prosty górny o średnicy ok. 1,2 cm sięgający do gałki ocznej bez cech nacieku (rozpoznanie: pseudotumor orbitae, ryc. 1 i 2).

Próba leczenia zachowawczego nie dała rezultatu, objawy chorobowe nasilały się. Wykonano zabieg operacyjnego odbarczenia oczodołu. Podczas zabiegu stwierdzono pogrubienie i zrośnięcie z otoczeniem mięśnia prostego górnego. Badanie histopatologiczne potwierdziło wcześniejsze rozpoznanie. Po operacji dolegliwości znacznie zmniejszyły się. Półroczna obserwacja nie wykazuje wznowy procesu chorobowego.

Z Kliniki Okulistycznej AM w Białymstoku, kierownik: prof. dr med. Andrzej Stankiewicz

Reprint requests to: Dr Jan Grochowski, ul. Kozłowa 10 m. 4; 15-868 Białystok, Poland

JAN GROCHOWSKI i PIOTR SOBOLEWSKI

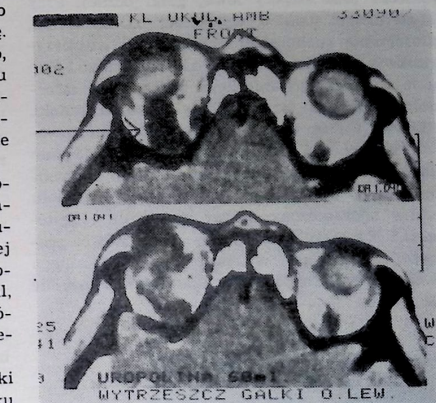
Myositis orbitalis

ORBITAL MYOSITIS

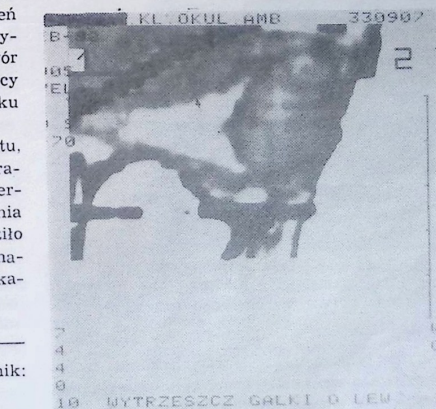
Four patients with unspecific myositis of the extraocular muscles were treated in the Ophthalmological Department Medical School in Białystok in the period 1983-1988. The authors discuss the problematics connected with the diagnosis and treatment of this pathological condition. Special attention is called to the new diagnostic methods.

HASEŁA: oczodół, zmiany zapalne, tomografia komputerowa

KEY WORDS: orbit, inflammatory changes, computerized tomography



Ryc. 1. Przypadek 2: w obrębie oczodołu lewego widoczne pogrubienie m. prostego górnego (strzałka).



Ryc. 2. Ten sam pacjent, obraz w rzucie strzałkowym. Zaznaczony nacieczony mięsień.