

niekiedy przy badaniu soczewek kontaktowych (3, 5). Sądzymy, że nie jest to postępowanie właściwe, ponieważ zarówno aceton, jak i etanol rozpuszczają tłuszcze i mogą wypłukiwać złoże tłuszczowe. W naszych badaniach soczewki kontaktowe pobrane od pacjentów su-niżono w sposób naturalny w warunkach jałowych, a następnie odwadniano przez 20-30 minut w komorze napy-larki, obniżając ciśnienie za pomocą pompy próżniowej. Wydłużenie czasu odwadniania zmniejsza zniekształ-cenie soczewek i pozwala na znalezienie płaskich po-wierzchni nadających się dobrze do oceny w mikrosko-pie skaningowym.

Sądzymy, że wybrana przez nas technika przygoto-wania materiału jest właściwa. Unikamy obecności arte-faktów, a także wypłukiwania części złożeń. Zniekształ-cenia mechaniczne preparatu nie są zbyt duże i pozwa-lają na swobodną ocenę w mikroskopie skaningowym.

Przeprowadzone przez nas badania soczewek kon-taktowych systematycznej wymiany pozwalają stwier-dzić, że na ich powierzchni znajduje się to wszystko, co jest obecne w filmie łzowym. Widzimy tam więc złoże białkowe, osady mineralne, komórki, bakterie, a nawet pyłki roślin. Ilość obserwowanych zanieczyszczeń w przy-padku soczewek systematycznej wymiany nie jest jednak duża i praktycznie nie zwiększa się w trakcie czterotygo-dniowego okresu użytkowania pojedynczej soczewki. Ilość i rodzaj osadów są osobniczo zmienne, zależą praw-dopodobnie od składu łez u danej osoby.

Piśmiennictwo

1. Baguet J., Sommer F., Claudon-Eyl V., Duc T.M.: *Cha-racterization of lacrimal component accumulation on worn*

soft contact lens surfaces by atomic force microscopy. Biomaterials, 1995, 16, 3-9.

2. Bakunowicz-Łazarczyk A., Sulkowski S., Stankiewicz A.: *Obraz ultrastrukturalny skaningowy (SEM) płynu podsiat-kówkowego w swoistym odwarstwieniu siatkówki.* Klin. Oczna, 1997, 99, 15-19.
3. Begley C.B., Waggoner P.J.: *An analysis of nodular de-posits on soft contact lens.* J. Am. Optom. Assoc., 1991, 62, 208-214.
4. Bums R.P.: *Indigenous Flora of the Lids and Conjunctiva.* [w:] Tasman W., Jaeger E.A.: *Duane's Foundations of Clinical Ophthalmology.* T. 2, rozdz. 41. Lippincott, Philadelphia, 1991.
5. Fowler S.A., Gaertner K.L.: *Scanning electron microscop-y of deposits remaining in soft contact lens polishing marks after cleaning.* CLAO J., 1990, 16, 214-218.
6. Pankowska B., Wojciechowska I.: *Soczewki kontaktowe.* Volumed, Wrocław, 1994.
7. Records R.E.: *The Tear Film.* [w:] Tasman W., Jaeger E.A.: *Duane's Foundations of Clinical Ophthalmology.* T. 2, rozdz. 3. Lippincott, Philadelphia, 1991.
8. Sapse A.T.: *Proteins in human tears.* Arch. Ophthalmol. 1969, 81, 815-819.
9. Stern G.A.: *Bacterial Adherence.* [w:] Tasman W., Jaeger E.A.: *Duane's Foundations of Clinical Ophthalmology.* T. 2, rozdz. 42. Lippincott, Philadelphia, 1991.
10. Tomlinson A., Caroline P.: *Comparative evaluation of sur-face deposits on high water content hydrogel contact lens polymer.* CLAO J., 1990, 16, 121-127.

Praca wpłynęła do Redakcji 12 stycznia 1998 r. (635)

Prace kazuistyczne

Klinika Oczna 1998, 100 (5): 319-321
ISSN 0023-2157 Indeks 362 646

Przypadek wrodzonego wywinięcia listka barwnikowego błony naczyniowej z jaskrą

A case of ectropion uveae congenitum cum glaucoma

Antoni Bąk, Rakesh Kumar

Abstract: A case of 21-year-old man with a rare congenital syndrome of uveal ectropion with glaucoma is described. The visual acuity was 1.0 with correction cyl. -1.0 axis 100°. The highest intraocular pressure was 55 mm Hg. The optic nerve was damaged with glaucomatous cupping (cup/disc ratio 0.8). The visual field presented adequate few insular scotomas. The glaucoma filtering surgery was performed: goniotrepanatio by Fronimopoulos. After the surgery in one year observation intraocular pressure was about 15 mm Hg. The perimetry showed no increase in optic disc damage. We wanted to present this case because of its rare occurrence and good results of the surgery.

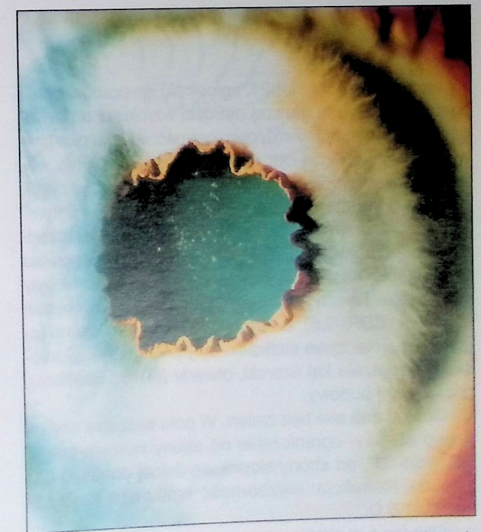
Słowa kluczowe: wrodzone anomalie tęczówki, jaskra wrodzona, fakomatozy

Key words: iris congenital anomalies, congenital glaucoma, phacomatoses

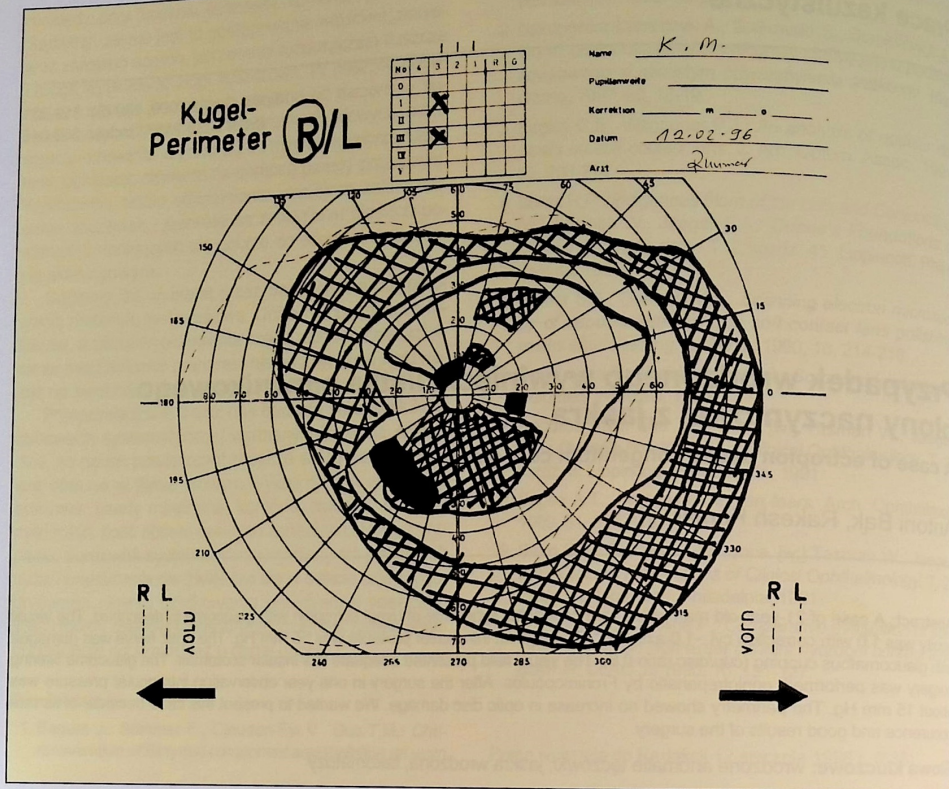
Wrodzone wywinięcie naczyniówki jest rzadką nie-postępującą (3, 8) nieprawidłowością polegającą na obecności nabłonka barwnikowego tęczówki „przecho-dzającego” w obrębie źrenicy na jej przednią powierzchnię i pokrywającego ją w różnym stopniu. W tym miej-scu powierzchnia tęczówki jest szklisto-gładka i pozba-wiona krypt (8). Anomalii tej może towarzyszyć wysoki przyczep podstawy tęczówki (3, 7, 8), zaburzenia roz-wojowe kąta przesączania (3, 8), jaskra (3, 4, 6-8), a czasem opadanie powieki (8). Schorzenie występuje przeważnie jednostronnie i rzadko jest dziedziczne (3). Dotychczas tylko w kilku przypadkach stwierdzo-no je jako anomalię izolowaną, gdyż najczęściej występuje z innymi zespołami, takimi jak: zespół Axenfelda-Riegera (8), zespół Pradera-Willego (4), połowiczny przerost twarzy, aniria (6), zespół Riegera, choroba Recklinghausena (1, 2, 5).

Z Oddziału Okulistycznego Wojewódzkiego Szpitala w Krośnie
Ordynator: lek. med. Antoni Bąk

Adres do korespondencji (Reprint requests to):
Lek. med. Rakesh Kumar
ul. Bielawskiego 15/6
36-200 Brzozów



Ryc. 1. Obraz oka prawego z wrodzonym wywinięciem listka barwnikowego błony naczyniowej
Fig. 1. Right eye with ectropion uveae congenitum



Ryc. 2. Pole widzenia oka prawego
Fig. 2. The visual field of the right eye

Opis przypadku

Mężczyzna K.M., lat 21, zgłosił się do poradni okulistycznej z powodu gorszej ostrości wzroku oka prawego. W badaniach stwierdzono: ostrość wzroku oka prawego 1,0 z korekcją cyl. -1,0 D oś 100°, ciśnienie wewnątrzgałkowe 55 mm Hg. Rogówka była przejrzysta, komora przednia głęboka, tęczęwka z „wywinętym” w kształcie kryzy nabłonkiem barwnikowym na jej przednią powierzchnię (ryc. 1). Okrągła źrenica reagowała nieco słabiej na światło, soczewka i ciało szkliste były przejrzyste. Tarcza nerwu II miała znaczne zagłębienie jaskrowe (CDR=0,8), a naczynia mocno zagięte na jego brzegu. Naczynia siatkówki były prawidłowe. Goniokopia wykazała kąt szeroki, otwarty (III° wg Shaffera), prawidłowej budowy.

Obwód dna oka bez zmian. W polu widzenia stwierdzono ubytki – ograniczenie od strony nosowo-górnej do około 30°, od strony skroniowo-dolnej do około 60° (ryc. 2). Refrakcja: nieznaczna krótkowzroczna odwrotna 1,5 D.

Oko lewe w granicach normy. Chorego hospitalizowano. W oddziale zastosowano leczenie zachowawcze: 0,5% Betoptik, 2% Trusopt, nie obniżające jednak

ciśnienia wewnątrzgałkowego do prawidłowego poziomu. Wobec zaawansowanych zmian jaskrowych w nerwie II podjęto decyzję o leczeniu operacyjnym.

W znieczuleniu ogólnym wykonano zabieg przetokowy według Fronimopoulosa w modyfikacji Palmberga, w wyniku którego uzyskano normalizację ciśnienia śródgałkowego. Po upływie roku od operacji utrzymuje się ono w granicach 15 mm Hg. Uszkodzenie jaskrowe nerwu II nie powiększyło się.

Omówienie

Przypadek ten uznaliśmy za godny uwagi ze względu na bardzo rzadkie występowanie wrodzonego wywinięcia listka barwnikowego błony naczyniowej z jaskrą, jako anomalii izolowanej nie towarzyszącej innym zespołom. W polskim piśmiennictwie znaleźliśmy tylko jeden opis przypadku wrodzonego wywinięcia błony naczyniowej z jaskrą u sześciolatniego dziecka (7).

Ectropion uveae jest zaliczany do różnych zespołów zaburzeń rozwojowych przedniego odcinka oka. Według ostatnich badań klinicznych i histopatologicznych autorzy sugerują włączenie wyżej wymienionej jednostki do tej samej grupy co zespół Axenfelda-Rie-

gera (8), natomiast wykluczenie jej z zespołu schorzeń tęczęwkowo-rogówkowo-śródbłonkowych, do których zalicza się zespół Cogana-Reese'a, gdzie może występować wywinięcie nabłonka barwnikowego spowodowane jednak pociąganiem przez patologiczną tkankę, a nie zaburzeniem w rozwoju kąta (1).

Jak w wielu zespołach wrodzonych z towarzyszącą jaskrą, leczenie zachowawcze nie normowało ciśnienia śródgałkowego. W naszym przypadku natomiast prosty zabieg przetokowy dał dobry i trwały efekt.

Piśmiennictwo

- Albert D., Jakobiec F.: *Principles and Practice of Ophthalmology*. W.B. Saunders Co., Philadelphia, Pennsylvania, 1994, 54, 367-383, 1448-1454, 2141, 2173.
- Burke J.P., Leitch R.J., Talbot J.F., Parsons M.A.: *Choroidal neurofibromatosis with congenital iris ectropion and buphthalmos: relationship and significance*. J. Pediatr. Ophthalmol. Strabismus, 1991, 28, 265-267.

3. Candaele C., Lefebvre A., Meire F., Kestelyn P.: *Congenital ectropion uveae with glaucoma*. Bull. Soc. Belge Ophthalmol., 1993, 249, 131-137.

4. Futterweit W., Ritch R., Teekhasaene C., Nelson E.S.: *Coexistence of Prader-Willi Syndrome, Congenital ectropion uveae with glaucoma, and factor XI deficiency*. JAMA, 1986, 23, 3280-3282.

5. Kański J.J.: *Okulistyka kliniczna*. Urban & Partner, Wrocław, 1972, 72-73.

6. Levin H., Ritch R., Barathur R., Dunn M.W., Teekhasaene C., Margolis S.: *Aniridia, congenital glaucoma, and hydrocephalus in a male infant with ring chromosome 6*. Am. J. Med. Genet., 1986, 2, 281-287.

7. Stefaniakowa E.: *Ectropion uveae congenitum cum glaucoma*. Klin. Oczna, 1994, 96, 244-245.

8. Wilson M.E.: *Congenital iris ectropion and a new classification for anterior segment dysgenesis*. J. Pediatr. Ophthalmol. Strabismus, 1990, 1, 48-55.

Praca wpłynęła do Redakcji 3 czerwca 1997 r. (562)

Komunikat

Szanowni Państwo, Koleżanki i Koledzy

Mamy zaszczyt zaprosić do uczestnictwa w **VI Forum Okulistyki Dziecięcej**, które odbędzie się w **Białymstoku w dniach 20-22 maja 1999 r.**

Temat główny – schorzenia siatkówki i nerwu wzrokowego u dzieci i młodzieży oraz tematy wolne z zakresu okulistyki dziecięcej.

Koszt uczestnictwa – 130 zł,
dla członków Sekcji Okulistyki Dziecięcej – 120 zł.

Adres Komitetu Organizacyjnego:

Katedra Okulistyki
Klinika Okulistyki Dziecięcej
Dziecięcy Szpital Kliniczny
ul. J. Waszyngtona 17
15-274 Białystok
tel. (085) 74 50 858

Zgłoszenia prosimy przesyłać do dn. 30 października 1998 r.

