

W ostatnim czasie przedstawialiśmy wyniki leczenia chorych z infekcyjnym ropnym stanem zapalnym oka, u których witrektomia z wewnątrzgałkowym podaniem antybiotyku stanowiła podstawową metodę postępowania¹⁻³.

Celem obecnej pracy było porównanie tej metody z tradycyjnym sposobem leczenia chorych z tym schorzeniem oraz ocena trwałości uzyskanych wyników.

MATERIAŁ I METODYKA

Chirurgię ciała szklistego z wewnątrzgałkowym podaniem antybiotyku zastosowano w leczeniu 14 kolejnych chorych z infekcyjnym, ropnym stanem zapalnym wnętrza gałki ocznej. Grupę tę stanowią 4 kobiety i 10 mężczyzn w wieku od 24 do 92 lat (średnio 59,5).

W 9 przypadkach zabieg wykonywano przez wejście w rąbku rogówki, a w 5 przez *pars plana*. Podczas zabiegu starano się usunąć jak największą ilość zapalnie zmienionego ciała szklistego, podając gentamycynę do wnętrza oka w płynie infuzyjnym (20-40 mg gentamycyny w 500 ml soli fizjologicznej) lub we wstrzyknięciu na koniec zabiegu (0,2-0,4 mg w 0,1 ml soli fizjologicznej).

Dla porównania wybrano grupę porównawczą, z infekcyjnym ropnym stanem zapalnym oka, leczoną metodami konwencjonalnymi. W skład tej grupy wchodziło 13 osób, w tym 4 kobiety, 7 mężczyzn i 2 dzieci w wieku od 6 do 82 lat (średnio 44).

Początkowa ostrość wzroku wynosiła we wszystkich przypadkach od poczucia światła do 0,5/50.

WYNIKI

Na zakończenie leczenia szpitalnego uzyskano następujące wyniki czynnościowe w grupie leczonej witrektomią: w 5 przypadkach ostrość wzroku wynosiła 6/8-6/6, w 4 6/60-6/12. U dalszych 3 chorych ostrość wzroku mieściła się w przedziale 0,5/50-4/50. U jednego chorego ostrość wzroku wynosiła ruchy ręki przed okiem, oraz u jednego stwierdzano brak poczucia światła. Średni czas hospitalizacji wynosił ok. 4 tygodni.

W okresie od 1/2 do 1 roku po zabiegu operacyjnym u chorych tych przeprowadzono badanie kontrolne, na które zgłosiło się 9 pacjentów. Uzyskano następujące wyniki czynnościowe: ostrość wzroku zawartą w przedziale 6/6-6/8 uzyskano w 2 przypadkach, w jednym 6/12, w dwóch 6/60-6/24, u dwóch chorych 0,5/50-4/50, ruchy ręki przed okiem stwierdzano w 1 przypadku i w jednym doszło do zaniku gałki ocznej.

Obniżona ostrość wzroku od 0,5/50 do 4/50 była spowodowana w 1 przypadku blizną rogówki po urazie i w 1 przypadku zmianami typu *angioretinopathia diabetica*. U chorych z ostrością wzroku 6/60-6/24 stwierdzono w jednym przypadku obecność licznych mętów pozapalnych w ciele szklistym i w jednym przypadku odwarstwienie siatkówki z obecnością PVR.

U chorych z ostrością wzroku poczucie światła — ruchy ręki przed okiem stwierdzano rozległe włóknienie w ciele szklistym.

Z Kliniki Okulistycznej AM w Łodzi, kierownik: prof. dr med. Irena Świetliczko

Reprint requests to: Dr Zofia Nawrocka, ul. Chodkiewicza 13; 94-028 Łódź, Poland

ZOFIA NAWROCKA

Odległe wyniki leczenia ropnego zapalenia wnętrza gałki ocznej za pomocą witrektomii

LATE RESULTS OF TREATMENT OF PURULENT ENDOPHTHALMITIS BY VITRECTOMY

The authoress discusses the late results of treatment in 14 patients with infective endophthalmitis by vitrectomy. She compared the results of treatment of 13 patients with the same condition treated by conventional methods. The received data enabled to confirm the thesis that vitrectomy combined with an intraocular antibiotic therapy is a method of choice in the treatment of purulent endophthalmitis. The late observations demonstrated that favourable results have a lasting character.

HASŁA: endophthalmitis, witrektomia

KEY WORDS: endophthalmitis, vitrectomy

Wyniki anatomiczne i czynnościowe w grupie porównawczej kształtowały się następująco: ostrość wzroku 6/6-6/60 2 przypadki, 1/50 — 1 osoba i ruchy ręki przed okiem — 1 chory. Zanik gałki ocznej stwierdzono w 3 przypadkach a w 6 istniała konieczność usunięcia gałki ocznej. Średni okres hospitalizacji wynosił 1,5 miesiąca.

OMÓWIENIE

Wstępne dane kliniczne, powtórzone w obecnej pracy, potwierdzają skuteczność witrektomii z wewnątrzgałkową terapią antybiotykami w leczeniu infekcyjnego endophthalmitis. Dane te zbliżone są do wielu doniesień w światowym piśmiennictwie¹⁻³. Omówienie samej metodyki postępowania przedstawione zostało przez nas w poprzedniej pracy¹. Porównanie obecnie przedstawionych grup chorych jednoznacznie potwierdza nasze wstępne sugestie.

Przedstawione dane nie omawiają przyczyn endophthalmitis. Rozpoznanie zostało postawione na podstawie obrazu klinicznego. Pobierany materiał do badania bakteriologicznego był jałowy, ponieważ u każdego pacjenta z klinicznymi objawami ropnego infekcyjnego zapalenia wnętrza gałki ocznej, wykonywano początkowo wstrzyknięcie gentamycyny do oka, a w razie braku poprawy w ciągu kilkunastu godzin, wykonywano witrektomię, podając gentamycynę w płynie infuzyjnym. W większości burzliwie przebiegających przypadków witrektomię traktowano jako wstępne leczenie. Istnieją jednak pewne zagrożenia związane z trudnościami technicznymi operacji, jak również z czasem, w którym została ona wykonana. Infekcyjne endophthalmitis jest schorzeniem, które często przebiega bardzo gwałtownie i może doprowadzić do zniszczenia ważnych dla oka struktur w bardzo krótkim czasie. Z tego też powodu odpowiednio wczesna interwencja operacyjna daje większe szanse uratowania czynności wzroku.

Witrektomia sama w sobie jest również urazem dla oka. Jednak poprzez usunięcie czynnika chorobotwórczego i możliwość zapobiegania jego nawrotowi pozwala

w sposób bardziej kontrolowany na odwrócenie niekorzystnych procesów uszkodzających struktury oka.

Nasze odległe wyniki wskazują na trwałość uzyskanych rezultatów. Tylko w jednym przypadku z dziećmi stwierdzono odwarstwienie siatkówki. To powikłanie mogło być skutkiem zarówno procesów organizowania się i włóknienia tkanek zmienionych zapalnie, jak również witrektomii. Pozostałe przyczyny obniżenia ostrości wzroku należy ocenić jako nie mające związku z procesem chorobowym ani przebytą operacją.

W podsumowaniu chcielibyśmy stwierdzić, że propagowana przez nas metoda leczenia infekcyjnego, ropnego stanu zapalnego wnętrza gałki ocznej zasługuje na szczególną uwagę umożliwiając uzyskanie trwałych i dobrych wyników anatomicznych oraz czynnościowych w leczeniu tego schorzenia.

PIŚMIENNICTWO

1. Affeld J.C., Flynn H.W., Forster R.K., Mandelbaum S., Clarkson J.G., Jarus G.D.: Microbial Endo-

phthalmitis resulting from ocular trauma. *Ophthalmology* 94: 407-413 (1987). — 2. Benson W.E.: Vitrectomy (w: Clin. Ophthal. (Red.): Duane E.A. (Harper Row, 1989). — 3. Brinton G.S., Topping T.M., Hyndiuk R.A., Aaberg T.M., Reeser F.H., Abrams G.W.: Posttraumatic Endophthalmitis. *AMA Arch. Ophthal.* 102: 547-550 (1984). — 4. Conway B.P., Campochiaro P.A.: Macular Infarction after Endophthalmitis treated with vitrectomy and intravitreal Gentamycin. *AMA Arch. Ophthal.* 104: 567-571 (1986). — 5. Kampik A.: Intraocular angewandte Antibiotika. Tagung der Ver. Bayer. Augenärzte 6: 14-15 (1985). — 6. Nawrocki J., Świetliczko I., Nawrocka Z.: Wyniki leczenia infekcyjnego endophthalmitis z zastosowaniem witrektomii. *Klin. oczna* 92: 6-8 (1990). — 7. Olson J.C., Flynn H.W., Forster R.K., Culbertson W.: Results in the treatment of postoperative endophthalmitis. *Ophthalmology* 90: 692-699 (1983). — 8. Peyman G.A., Schulman J.A.: Intravitreal surgery. Principles and practice. (Appleton-Century-Crofts, New York 1986). — 9. Świetliczko I., Nawrocki J.: Witrektomia przednia i tylna jako metoda leczenia ciężkich schorzeń oczu. *Klin. oczna* 90: 215-217 (1988).

Praca wpłynęła: 23.06.1989 (nr 5565).

(c.d. ze str. 256)

w 50% komórek jednojądrzastych krwi i 80% wyników z gruczołów łzowych. Stwierdzenie sekwencji DNA typowej dla EBV u pacjentów z pierwotnym SS znacznie częściej niż w kontrolnej grupie sugeruje, że EBV może być czynnikiem ryzyka w patogenezie zespołu Sjögren'a.

Hanna Lesiewska-Junk

GILBERT J.M., WEISS J.S., SATTLER A.L., KOCH J.M.: Objawy oczne oraz badanie cytologiczne w anorexia nervosa (Ocular Manifestations and Impression Cytology of Anorexia Nervosa). *Ophthalmology* 97: 1001-1007 (1990).

Zbadano 7 pacjentek z anorexia nervosa i 7 pacjentek z grupy kontrolnej, celem określenia ewentualnych objawów ocznych. Badaniem w lampie szczelinowej stwierdzono wysoką częstość (4/7) licznych nadtworów mikrotętniaków i drobnych podspojówkowych krwotoków. U 2 z 7 pacjentek stwierdzono powierzchowne punkcikowate zwyrodnienie rogówki. Testem Schirmera stwierdzono znacząco zmniejszoną średnią produkcję łez (11,3 mm) u pacjentek z anorexia nervosa w porównaniu z grupą kontrolną (22,4 mm). Stwierdzono również metaplastykę komórek spojówki u większości pacjentek w porównaniu z grupą kontrolną (5/7). Nie stwierdzono natomiast objawów niedoboru witaminy A.

Hanna Lesiewska-Junk

18. Chirurgia, znieczulenie

RAPUANO CH. J., COHEN E. J., BRADY S. E., ARENTSEN J. J., LAIBSON P. R.: Wskazania do i wyniki ponownych keratoplastyk penetrujących (*Indications for and outcomes of repeat penetrating keratoplasty*). *Amer. J. Ophthal.* 109: 689-695 (1990).

Analizie poddano dane dotyczące 150 przypadków ponownych przeszczepów rogówki wykonanych w latach 1983-1988 w szpitalu Will's'a. Najczęstsze wskazania do ponownych przeszczepów obejmowały: keratopatię pacherczową w pseudofakii (29 przyp.), keratopatię pacherczową w afakii (28 przyp.), dystrofię Fuchsa (21 przyp.), odrzucenie przeszczepu (17 przyp.), keratoconus (14 przyp.). Mniej częste były: zapalenie rogówki, oparzenia chemiczne, blizny pourazowe i zwyrodnienie rogówki. 3 lub więcej przeszczepów wykonanych na jednym oku klasyfikowano jako przeszczep wielokrotny (17 przypadków). Wielokrotne przeszczepy nie miały statystycznie znaczącej większej liczby niepowodzeń. Odstęp czasu pomiędzy pierwszym a kolejnym przeszczepem różniły się: od 3 lat dla oczu z keratopatią pacherczową w pseudofakii do 19 lat w keratoconus. Spośród 29 przypadków ponownych przeszczepów w oczach z keratopatią pacherczową w pseudofakii aż 19 oczu miało soczewki przedniokomorowe.

Agnieszka Smyk