

wania nowoczesnych metod niekonwencjonalnych, które winny być stosowane w szczególnie ciężkich i skomplikowanych przypadkach (PVR). Wielu autorów nadal uznaje metodę opasania z ewentualną dodatkową plombą za leczenie podstawowe, umożliwiające uzyskanie dobrych i trwałych rezultatów^{1,3,5}. Zarówno tamponada gazem, jak też witektoomia z tamponadą olejem sylikonowym są zarezerwowane dla określonych przypadków, dają z pewnością większy odsetek przyłożeń, choć wyniki czynnościowe nie zawsze należą do dobrych^{3,5,7}.

leczenia odwarstwienia siatkówki śródwardówkowym wgłobieniem twardówki wg Schepensa. Klin. Oczna 91: 237-239. (1989). — 3. *Sempińska-Szewczyk J., Świetliczko L., Nawrocki J.*: Ocena chirurgicznych metod leczenia odwarstwienia siatkówki. Klin. Oczna 95: 233-235 (1993). — 4. *Stankiewicz A., Scherer-Wolna B.*: Wyniki porównawcze leczenia operacyjnego odwarstwienia siatkówki sprzed lat i obecnie. Klin. Oczna 91: 223-224 (1989). — 5. *Stankiewicz A.*: 500 operacji odwarstwienia siatkówki. Ocena wczesna i późna. Klin. Oczna 95: 23-25 (1993). — 6. *Starzycka M., Górniak-Bednarz A., Kobylarz J.*: Odległe wyniki leczenia operacyjnego odwarstwienia siatkówki metodą opierścienienia taśmą sylikonową. Klin. Oczna 93: 343-346 (1991). — 7. *Świetliczko L., Nawrocki J., Szusterowska-Martin E., Synder A.*: Ocena chirurgicznych metod leczenia odwarstwienia siatkówki w latach 1979-1982. Klin. Oczna 91: 221-222 (1989). — 8. *Żygulska-Machowa H., Starzycka M.*: Opierścienienie taśmą sylikonową jako metoda z wyboru w leczeniu ciężkich postaci odwarstwienia siatkówki. Klin. Oczna 87: 73-75 (1985).

Praca wpłynęła: 19.05.1995 (325)

Piśmiennictwo

1. *Maćkowiakowa A., Przybylska I.*: Opierścienienie gałki ocznej: wskazania i wyniki. Klin. Oczna 91: 228-230 (1989). — 2. *Palacz O., Krzysztolik Z., Kolodziej M., Oszczyk U.*: Wyniki

Komunikat

II Sympozjum Sekcji Informatyki Medycznej PTO odbędzie się w dniach:
30.05. — 1.06.1996 r.

Wiadomość:

Klinika Okulistyki CMKP, ul. Czerniakowska 231 w Warszawie

Członkowie Sekcji placą składki w wysokości
10,0 zł na rok (dziesięć zł)

na konto: II O/PKO BP Warszawa
nr 1528-192213-132

Prof. dr hab.
Krystyna Czechowicz-Janicka

Jerzy Nawrocki, Zbigniew Pikulski, Krzysztof Dziegielewski i Agata Wesolek

Retinotomia — wstępne doświadczenia własne

Retinotomy — early own experience

Summary: Purpose: In selected cases of retinal detachment complicated by advanced proliferative vitreoretinopathy, despite vitrectomy and silicone oil tamponade, we observe re-proliferations on the anterior retina. These re-proliferations cause retinal redetachment. Extensive peripheral retinotomy is performed to treat these eyes. This paper shows our results after relaxing retinotomy. Material and method: Between November, 1991 and December, 1994 retinotomy was performed in 12 eyes. All eyes were treated with scleral buckling methods and vitrectomy, membrane peeling and silicone tamponade without success. Preoperative visual acuity was light perception or hand movements in 10 eyes and 0,5/50 in 2 eyes. Results: Retinal reattachment was achieved in 10 cases postoperatively. Final visual acuity 5/50 — 5/10 was observed in 3 eyes, 1/50 — 4/50 in 5 eyes and light perception or hand movements in 4 eyes. Conclusion: Our results show that retinotomy allows successful treatment of severe proliferative vitreoretinopathy in cases previously treated with scleral buckling methods and vitreous surgery without success.

Hasła: retinotomia, witektoomia, olej sylikonowy

Key words: retinotomy, vitrectomy, silicone oil

Współczesne metody leczenia odwarstwienia siatkówki powikłanego proliferacyjną witektoopatją polegają na wykonaniu opasania gałki ocznej, witektoomii, usunięcia błon proliferacyjnych i tamponadzie wewnętrznej gazem lub olejem sylikonowym^{9,13,15}. W niektórych przypadkach mimo zastosowania tych metod siatkówka pozostaje w znacznym stopniu odwarstwiona. Jest to spowodowane przez proliferację nasiatkówkowe w okolicy podstawy ciała szklistego, których nie udało się usunąć lub siatkówka jest wkliniwana w blizny gałki ocznej. Czasem dochodzi dodatkowo do „skrócenia” siatkówki. Metodą pozwalającą na anatomiczne przyłożenie siatkówki w takich przypadkach jest jej odcięcie od obwodu^{5-7,14}. Obecna praca przedstawia nasze pierwsze wyniki leczenia chorych z powikłanym odwarstwieniem siatkówki, u których elementem powtórnej operacji było przecięcie siatkówki na rozległej przestrzeni.

Material i metodyka

W okresie od listopada 1991 do grudnia 1994 rozległe przecięcie siatkówki wykonano u 12 chorych

Z Katedry i Kliniki Chorób Oczu AM w Łodzi
Kierownik: prof. dr hab. Bazyli Bogorodzki
Reprint requests to:
Dr hab. med. Jerzy Nawrocki
ul. Chodkiewicza 13, 94-028 Łódź

(6 kobiet i 6 mężczyzn) w wieku od 37 do 61 lat. Wszyscy chorzy mieli uprzednio wykonane opasanie gałki ocznej oraz witektoomię z tamponadą olejem sylikonowym. We wszystkich oczach powtórne odwarstwienie siatkówki było związane z ponownym rozwojem proliferacji nasiatkówkowych. W jednym z nich dodatkowo olej przedostał się pod siatkówkę poprzez istniejące przedarcie, w kolejnym dodatkowo siatkówka była wkliniwana w bliznę pourazową twardówki. Przedoperacyjna ostrość wzroku wynosiła ruch ręki przed okiem w 10 i 0,5/50 w 2 oczach. W czterech przypadkach operowano jedyne oko chorego. Ciśnienie wewnątrzgałkowe przed zabiegiem wynosiło od 0 do 7 mm Hg. Bezsoczewkowość występowała w 3 oczach. Przecięcie siatkówki (retinotomię) wykonywano w czasie powtórnej operacji w przestrzeni szkliskowej. Po usunięciu wszystkich widocznych proliferacji okolicznych w obszarze obwodowej siatkówki w miejscu jej odwarstwienia i skrócenia wykonano dwa rzędy przypaleń endodiatermicznych. Następnie pomiędzy tymi rzędami przecięto siatkówkę za pomocą nożyczek szkliskowych Heimanna firmy Geuder (na obszarze 180 stopni obwodu w 10 oczach i blisko 270 stopni obwodu w 2 oczach). Po wykonaniu retinotomii uzupełniono olej sylikonowy stosując drenaż wewnętrzny. W oczach bezsoczewkowych irydektomia wg Ando była wykonana w czasie pierwszej witektoomii z tamponadą olejem sylikonowym. Okres obserwacji po zabiegu wynosił od 2 miesięcy do 2 lat.

Wyniki

Anatomiczne przyłożenie siatkówki w obszarze centralnym od retinotomii uzyskano w 10 z 12 oczu. W 2 oczach po wykonaniu retinotomii siatkówka uległa obkurczeniu i nie udało się uzyskać przyłożenia jej do podłoża. Jako przyczynę śródoperacyjnego niepowodzenia uznano: w jednym przypadku niepełne usunięcie błon przedsiatkówkowych, w drugim skrócenie samej siatkówki w trakcie długotrwałego (ponad 1,5 roku) odwarstwienia siatkówki. Uzyskana ostrość wzroku w ocenianej grupie wynosiła: 5/50 — 5/10 w 3 oczach, 1/50 — 4/50 w 5 oczach, poczucie światła — ruch ręki przed okiem w 4 oczach. Przyczyną złej ostrości wzroku w czterech ostatnich przypadkach było w 2 odwarstwienie siatkówki, w jednym zaćma oraz w jednym zmiany morfologiczne w siatkówce. Chory z zaćmą mimo przyłożenia siatkówki stwierdzanego w badaniu ultrasonograficznym nie zdecydował się na dalsze leczenie operacyjne. W okresie obserwacji do 2 lat po zabiegu w 2 przypadkach doszło do znacznego zmętnienia soczewki. Po usunięciu zaćmy ostrość wzroku z korekcją powróciła do wartości wyjściowych. Ciśnienie wewnątrzgałkowe w okresie pooperacyjnym wynosiło w 9 oczach poniżej 10 mm Hg, w 3 oczach obserwowano prawidłowe wartości. W oczach bezsoczewkowych prawidłowo działająca irydektomia utrzymywała olej sylikonowy poza źrenicą.

Omówienie

Metody „klasyczne” polegające na zastosowaniu plombki lub opasania gałki ocznej wraz z technikami pomocniczymi pozwalają skutecznie wyleczyć 80%-90% przypadków odwarstwienia siatkówki^{9,15}. Dla pozostałych 10%-20% chorych metodą z wyboru jest witrektomia z tamponadą wewnętrzną gazem lub olejem sylikonowym¹³. Pozwala ona na uzyskanie przyłożenia siatkówki i użytecznej ostrości wzroku w ok. 70% przypadków. Istnieje jednak niewielki odsetek wszystkich chorych z odwarstwieniem siatkówki, u których mimo zastosowania tych metod nie uzyskano jej przyłożenia.

Kolejnym krokiem w chirurgii siatkówki stała się w ostatnich latach metoda polegająca na jej przecięciu. Zwalniająca retinotomia została wprowadzona do praktyki okulisty przez Machemera¹⁰⁻¹². Zastosował on omawianą metodę w tych przypadkach, w których zmiany morfologiczne siatkówki powodują jej „skrócenie” uniemożliwiające uzyskanie anatomicznego przyłożenia, lub gdy siatkówka była wklinowana w rany pourazowe twardówki. W większości przypadków technika ta jest wykonywana w czasie powtórnej witrektomii^{4,7,14}.

Ze względu na fakt, że olej sylikonowy jest lżejszy od płynu komorowego, w części dolnej tworzy się niewielka przestrzeń, w której może rozwijać się proces proliferacyjny. W oczach, które nie miały wykonanej witrektomii dochodzi do tych zmian

w podobnej lokalizacji ze względu na siłę ciężkości. Bardzo często proces proliferacyjny w tych przypadkach jest zlokalizowany na obwodzie siatkówki w okolicy podstawy ciała szklonego¹⁴. Usunięcie błon proliferacyjnych z tej okolicy może nie być możliwe bez usunięcia soczewki¹⁴. Niektórzy autorzy zalecają rutynowo usunięcie soczewki^{1,8}. Jednak również w bezsoczewkowości pełne uwolnienie obwodowej siatkówki od trąkacji nie zawsze jest możliwe⁸. W tych oczach po możliwie dokładnym usunięciu błon proliferacyjnych zaleca się wykonanie retinotomii^{4-6,9,14}.

Uzyskane dobre wyniki anatomiczne i czynnościowe w grupie 12 oczu wskazują na skuteczność tej metody. Należy je traktować jako wyniki wstępne. W okresie od 1991 do 1994 w Katedrze i Klinice Chorób Oczu Akademii Medycznej w Łodzi leczono ponad 200 chorych z odwarstwieniem siatkówki powikłanym proliferacyjną witreoretinopatią wykonując witrektomię z tamponadą olejem sylikonowym. 12 oczu zakwalifikowanych do retinotomii wskazuje, że przecięcie siatkówki wykonywano w ostateczności. Dane z piśmiennictwa, oceniające większe grupy chorych potwierdzają skuteczność rozległej zwalniającej retinotomii^{4-6,9,14}. Dodatkowo Eckardt³ zwraca uwagę, że usunięcie oleju sylikonowego z oka po rozległej retinotomii obarczone jest stosunkowo niewielkim ryzykiem jej powtórzenia odwarstwienia. Obserwował on powtórne odwarstwienie w 3 z 32 oczu. Podobnie jak inni autorzy stwierdzaliśmy niskie ciśnienie wewnątrzgałkowe w oczach po retinotomii. Nie obserwowano jednak ani zaniku gałki ocznej ani innych powikłań związanych z niskim ciśnieniem wewnątrzgałkowym. Wstępne dobre wyniki skłaniają do nieco bardziej częstego kwalifikowania chorych do takiego zabiegu. Z dostępnego piśmiennictwa trudno wywnioskować jak często retinotomia jest wykonywana. Wielu autorów zaleca tę metodę w przypadkach wybranych jako ostatni krok w chirurgii siatkówki. Nieco inaczej do tego problemu podeszli badacze z „Silicone Study”, którzy stosowali przecięcie siatkówki w 29% witrektomii² wykonywanych w celu leczenia przedarcowego odwarstwienia siatkówki z proliferacyjną witreoretinopatią. Ocena optymalnych warunków, w których retinotomia jest wskazana, jest przedmiotem badań w naszej Klinice. Przedstawione wyniki wstępne wskazują, że wykonanie retinotomii pozwala uratować widzenie w tych przypadkach odwarstwienia siatkówki w których metody „klasyczne” i witrektomia z tamponadą wewnętrzną zawiodły. Pozwala ona opisać proliferacyjną witreoretinopatię zlokalizowaną pomiędzy równikiem gałki ocznej a podstawą ciała szklonego.

Piśmiennictwo

1. Aaberg T. M.: Management of anterior and posterior proliferative vitreoretinopathy. XLV Edward Jackson memorial lecture. Amer. J. Ophthal. 106: 519-532 (1988). — 2. Blumenkranz M. S.

Retinotomia

Azen S. P., Aaberg T., Boone D. C., Lewis H., Radtke N., Ryan S. J. and the Silicone Study Group: Relaxing retinotomy with silicone oil or long — acting gas in eyes with severe proliferative vitreoretinopathy. Silicone study report 5. Amer. J. Ophthal. 116: 557-564 (1993). — 3. Eckardt C., Behrendt S., Zwick A.: Results of silicone oil removal from eyes treated with retinectomies. German J. Ophthal. 1: 2-6 (1992). — 4. Federman J. L., Eagle R. C.: Extensive peripheral retinectomy combined with posterior 360 retinotomy for retinal reattachment in advanced proliferative vitreoretinopathy cases. Ophthalmology 97: 1305-1320 (1990). — 5. Haut J., Larriart G. G., Effenterre G., Vachet J.M.: Cirular subtotal retinectomy and inferior semicircular retinotomy. Ophthalmologica 192: 129-134 (1986). — 6. Haut J., Monin C., Larriart P., van Effenterre G., Piaton J. M., Flamand M.: Study of a new series of large relaxing retinotomies. Ophthalmologica 198: 35-39 (1989). — 7. Iverson D. A., Ward T. G., Blumenkranz M. S.: Indications and results of relaxing retinotomy. Ophthalmology 97: 1298-1304 (1990). — 8. Lewis H., Aaberg T. M.: Anterior proliferative vitreoretinopathy. Amer. J. Ophthal. 105: 277-284

(1988). — 9. Lucke K.: Silikonöl in der Chirurgie komplizierter Netzhautablösungen. Ophthalmologie 90: 215-238 (1993). — 10. Machemer R.: Schneiden der Netzhaut. Eine Behandlungsmöglichkeit zur Wiederanlegung der Netzhaut. Klin. Mbl. Augenhk. 175: 597-601 (1979).

11. Machemer R.: Retinotomy. Amer. J. Ophthal. 92: 768-774 (1981). — 12. Machemer R., McCuen B. W., deJuan E.: Relaxing retinotomies and retinectomies. Amer. J. Ophthal. 102: 7-12 (1986). — 13. Nawrocki J., Dziegielewska K., Pikulski Z.: Witrektomia w leczeniu odwarstwienia siatkówki powikłanych proliferacyjną witreoretinopatią. Klin. Oczna 95: 357-358 (1993). — 14. Reinkling U., Lucke K., Laqua H.: Die periphere Retinektomie bei der proliferativen Vitreoretinopathie. Fortschr. Ophthal. 87: 325-328 (1990). — 15. Sempłńska-Szewczyk J., Świąteczko L., Nawrocki J.: Ocena chirurgicznych metod leczenia odwarstwienia siatkówki. Klin. Oczna 95: 233-235 (1993).

Praca wpłynęła: 9.03.1995 (264)

Komunikat

W dniach 23-26 maja 1996 roku odbędzie się w Poznaniu 17 Kongres Chirurgii Szcękowo-Twarzowej i Stomatologicznej.

Tematy obrad: — onkologia szcękowo-twarzowa, oraz guzy zębopochodne
— traumatologia oczodołu
— wady szcękowo-twarzowe
— diagnostyka obrazowa w chirurgii głowy i szyi
— badania biochemiczne, immunologiczne i doświadczalne w chirurgii szcękowo-twarzowej
— tematy wolne.

Językami oficjalnymi kongresu są język polski i angielski.
Formy prezentacji: referaty, plakaty, filmy video.

Adres organizatorów:

Klinika Chirurgii Szcękowo-Twarzowej
ul. Przybyszewskiego 49
60-355 Poznań
Telefon (61) 67-96-67

Przewodniczący
Komitetu Organizacyjnego
Prof. dr hab.
Leszek Lewandowski