

(69)

Jaskra złośliwa po zabiegu trabekulektomii – opis przypadków

Malignant glaucoma following trabeculectomy – case study

Iwona Przybylska-Rybczyńska, Anna Kłosowska-Zawadka,
Hanna Pecold-Stępniewska

Katedra i Klinika Okulistyki Akademii Medycznej w Poznaniu
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Krystyna Pecold

Summary: Purpose: Presentation of two cases of malignant glaucoma following filtration surgery. Material of methods: Two patients with primary angle closure glaucoma has been treated with trabeculectomy. Flat anterior chamber, elevated IOP and the presence of patent irydektomy has been diagnosed 1 and 5 weeks after operation respectively. First patient in spite of peripheral irydektomy, medication and pars plana vitrectomy had high IOP and flat anterior chamber and has lost her sight. Second patient has improved after pharmacological treatment. Conclusions: Malignant glaucoma is a rare, but very serious complication after trabeculectomy. A very close and regular post-operative examination is necessary for a quick pharmacological or operative intervention.

Słowa kluczowe: jaskra złośliwa, trabekulektomia.

Key words: malignant glaucoma, trabeculectomy.

Jaskra złośliwa została po raz pierwszy opisana przez Graefe'go w 1869 roku jako spłyconie komory przedniej z towarzyszącym wzrostem ciśnienia wewnątrzgałkowego z obecnością drożnej irydektomii obwodowej (1). Omówiony stan jest najczęściej następstwem zabiegów wewnątrzgałkowych: trabekulektomii, irydektomii lub operacji zaćmy. Dochodzi wtedy do nieprawidłowego przepływu cieczy wodnistej do ciała szklonego, co powoduje przesunięcie ku przodowi przepony tęczówkowo-soczewkowej lub tęczówkowo-szklonego (7).

Celem pracy było omówienie dwóch przypadków jaskry złośliwej po wykonanej trabekulektomii.

Opis przypadków

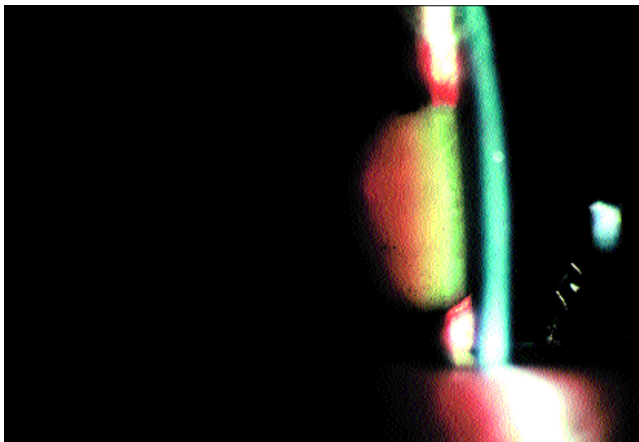
Przypadek 1

71-letnia pacjentka została skierowana do naszej kliniki z rozpoznaniem jaskry obojga oczu. W badaniu okulistycznym stwierdzono Vis OP 0,5 cc +2, 0 D sph, OL 0,5 cc +1,0 D sph; Sn 0,5/30 cm cc +5,5 D sph, OL 0,5/30 cm cc +4,5 D sph. Ciśnienie wewnątrzgałkowe (T) wynosiło OP–16 mmHg, OL–od 18-25mmHg (chora stosowała β-blokery oraz miotyki). W gonioskopii OP/OL kąta zamykający się (stopień 0-1 wg Shaffer'a). OP/OL–odcinek przedni bez zmian. Pole widzenia w OL–znacznie zawężone. W badaniu dna oka tarczy nerwu II OP różowa c/d 0,2, natomiast OL–tarcza biała c/d 1,0. Chorą zakwalifikowano YAG-irydotomii w OL. Po wykonanym zabiegu oraz dalszym leczeniu farmakologicznym nadal utrzymywały się wyższe ciśnienia wewnątrzgałkowe w OL rzędu 32-38 mmHg. U pacjentki wykonano zabieg trabekulektomii z podaniem mitomycyny w OL. W pierwszej dobie po zabiegu wystąpiła jaskra

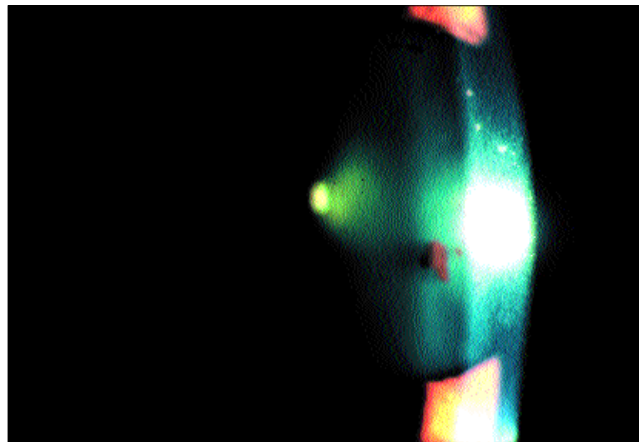
złośliwa z T rzędu 50 mmHg. W badaniu: OL nastrzyknięte powierzchownie, komora przednia spłycona, źrenica szeroka, regularna (mydriatyki), poduszka filtracyjna (+ +) z poszerzonymi naczyniami. Mimo wykonanej dodatkowej irydektomii obwodowej u pacjentki nadal utrzymywało się wysokie T. W związku z tym u chorej wykonano pars plana witektomii. W ciele szklonym widoczne były śródoperacyjnie liczne przestrzenie wypełnione płynem. Doszło do normalizacji ciśnienia wewnątrzgałkowego. Niestety do kolejnej kontroli pacjentka zgłosiła się dopiero po miesiącu. Stwierdzono T w OL 38mmHg, oko bez poczucia światła, z szeroką niereagującą na światło źrenicą, z dolegliwościami bólowymi. Zalecono 1% Atropinę oraz β-blokery i skierowano chorą do dalszej kontroli w rejonie. Po 3 latach pacjentka została ponownie skierowana do kliniki z T OL 60 mmHg oraz silnymi dolegliwościami bólowymi. W badaniu OL–rogówka obrzęknięta, komora spłycona, źrenica szeroka, neowaskularyzacja tęczówki, zaćma pęczniająca (ryc. 1). U chorej wykonano zabieg cyklokrioplikacji, po którym ustąpił ból i T uległo normalizacji (19 mmHg).

Przypadek 2

Pacjentka 35-letnia skierowana do naszej kliniki z powodu podwyższonego T w OL niereagującego na leczenie farmakologiczne. W badaniu przedmiotowym Vis OP 0,3 cc +6,0 d sph (oko niedowidzące), OL 1,0 cc +6,0 d sph, Sn OP 2,25/30 cm sc, OL 0,5/30 cm sc. T OP 16 mmHg, a T OL 36 mmHg. OP–odcinek przedni bez zmian, OL–mocno uwypuklona, przejrzysta soczewka, powodująca nieznaczne spłyconie komory przedniej. W gonioskopii kąta zamykający się (-1 stopień wg Shaffera). Dno oka OP/OL: tarcza różowa, c/d 0,3. Pole widzenia obojga oczu prawidłowe. Mimo leczenia farma-



Ryc. 1. Obraz oka po nieskutecznym leczeniu jaskry złośliwej.
Fig. 1. Left eye after ineffective treatment of malignant glaucoma.



Ryc. 2. Obraz oka po skutecznym leczeniu farmakologicznym jaskry złośliwej.
Fig. 2. Left eye after effective pharmacological treatment of malignant glaucoma.

kologicznego (inhibitory anhidrazy węglanowej oraz leki miejscowo obniżające T) nie uzyskano spadku T poniżej 21 mmHg. U chorej wykonano YAG-irydotomię OL, która nie przyniosła obniżenia T w OL. Wykonano trabekulektomię OL z podaniem mitomycyny, uzyskując prawidłowe wartości T. 5 tygodni później pacjentka zgłosiła się ponownie z powodu pogorszenia ostrości wzroku oraz dolegliwości bólowych OL. W badaniu komora przednia prawie zniesiona, źrenica szeroka, niereagująca na światło, zrosty przednie między zwieraczem tęczówki a rogówką, irydektomia obwodowa otwarta, poduszka filtracyjna średnio wypukła, dość ograniczona, T OL 34 mmHg. Zastosowano miejscowo 1% Atropinę, przejściowo β -bloker, inhibitory anhidrazy węglanowej oraz masaż gałki ocznej. Każda próba odstawienia Atropiny po 3 tygodniach powodowała wzrost T i spłycenie komory przedniej. Obecnie chora przyjmuje tylko Atropinę miejscowo. T waha się od 13 do 16 mmHg. Zrosty przednie uległy w większości samoistnemu rozerwaniu, Vis OL 0,6 cc, Sn 1,0/30 cm sc (ryc. 2).

Omówienie

Jaskra złośliwa jest bardzo rzadkim powikłaniem. Na 217 trabekulektomii wykonanych w naszej klinice w latach 2000- 2003 jedynie w przypadku dwóch omówionych pacjentek stwierdzono po zabiegu objawy charakterystyczne dla jaskry złośliwej, co daje 0,9%. Liczba ta jest zgodna z danymi z literatury (2,4). W różnicowaniu przyczyn spłycenia komory oraz wzrostu ciśnienia wewnątrzgałkowego należy wykluczyć blok źreniczny, wysięk podnaczyniówkowy, podwichnięcie soczewki, obrzęk ciała rzęskowego (3). Bardzo pomocna w różnicowaniu jest ultrasonografia przedniego i tylnego odcinka gałki ocznej (5). Do jaskry złośliwej dochodzi najczęściej po 2 dniach do 6 tygodni od zabiegu (6). W leczeniu wskazane jest

wykonanie dodatkowej irydotomii obwodowej. Leczenie farmakologiczne za pomocą cykloplegików oraz leków przeciwjaskrowych, jak to miało miejsce u drugiej pacjentki, jest skuteczne tylko w połowie przypadków (5). W przypadku braku poprawy w przeszłości leczeniem z wyboru było usunięcie przezroczystej soczewki. Dopiero wprowadzenie witekotomii poprawiło skuteczność leczenia, gdyż usunięcie ciała szklistego pozwala na cofnięcie się przepony soczewkowo-tęczówkowej. Niestety w części przypadków mimo intensywnego leczenia nie udaje się uzyskać normalizacji ciśnienia wewnątrzgałkowego, co może prowadzić nawet do utraty widzenia, jak w omówionym przypadku pierwszej pacjentki.

PIŚMIENNICTWO: 1. von Graefe A.: *Beitrage zur pathologie und therapie des glaucoms*. Arch. Ophthalmol. 1869, 15, 108-252. 2. Khalili M., Diestelhorst M., Krieglstein G: *Langzeituntersuchung von 700 Trabekulektomien*. Klin. Monatsbl. Augenheilkd. 2000, 217, 1-8. 3. Mathur R., Gazzard G., Oen F.: *Malignant glaucoma following needling of a trabeculectomy bleb*. Eye 2002, 16, 667-668. 4. Pitch G., Mutsch Y., Grehn F.: *Nachbetreuung von Trabekulektomien*. Ophthalmologie 2001, 7, 629-634. 5. Schroeder W., Fischer K., Erdmann I., Guthoff R.: *Ultraschallbiomikroskopie und Therapie des malignen Glaukoms*. Klein. Monatsbl. Augenheilkd. 2000, 217, 1-8. 6. Trope G., Pavlin Ch., Bau A., Baumal C., Foster S.: *Malignant glaucoma*. Ophthalmology 1994, 101, 6, 1030-1035. 7. Wirbelauer C., Karandish A., Häberle H., Pham D.: *Optical coherence tomography in malignant glaucoma following filtration surgery*. Br. J. Ophthalmol. 2003, 87, 952-955.

Praca wpłynęła do Redakcji 22.01.2004 r. (435).

Adres do korespondencji (Reprint requests to):
lek. Iwona Przybylska-Rybczyńska
ul. Długa 1/2
61-848 Poznań