

Tabela III. Stopień zaawansowania siatkówczaka w przypadkach wznowy w oczodole

Klasyfikacja Reesego-Ellswortha	Liczba oczu
I	1
II	1
III	1
IV	1
V	7
VI	3
Razem	14

Winkrystyna, Aktynomycyna). Wszystkie dzieci zmarły. U 4 dzieci wobec nieskuteczności napromieniowania ⁹⁰Co i fotokoagulacji usunięto gałkę. Po wystąpieniu wznowy w oczodole wykonano wypatroszenie i przeprowadzono radioterapię, a w 3 przypadkach chemioterapię. Zmarło 3 dzieci. U dalszych 3 dzieci wznowa wystąpiła w oczodole po wyluszczeniu oka uprzednio nie leczonego. U jednego dziecka wykonano wypatroszenie i napromieniowanie oczodolu i chłopców ten żyje. U drugiego dziecka napromieniano oczodół, a na leczenie trzeciego rodzice nie zgodzili się. Tych dwoje dzieci zmarło. U dwóch dalszych po usunięciu oka z nowotworem i naświetlaniu oczodolu doszło do wznowy. U jednego z dzieci wykonano wypatroszenie oczodolu i radioterapię, na leczenie drugiego rodzice nie zgodzili się. Dzieci te zmarły. W ostatnim z 14 przypadków wykonano wypatroszenie oczodolu wraz z gałką oczną wypełnioną nowotworem. Rodzice dziecka podczas pierwszego badania nie zgodzili się na wyluszczenie oka. Po zabiegu naświetlono oczodół, jednakże dziecko zmarło.

Ogółem z 14 dzieci zmarło 11, tj. 78,6%, w tym 7 chłopców i 4 dziewczynki. Czas jaki upłynął między naświetlaniem oka (8 przypadków), a wznową w oczodole, wynosił od 3 mies. do 9 lat i 3 mies., zaś czas między wyluszczeniem oka leczonego, a wznową — 5 do 15 mies. Natomiast po wyluszczeniu nielezonego oka wznowa występowała w okresie od 3 do 9 mies.

W połowie omawianych przypadków badanie histopatologiczne wykazało w oczach wyluszczanych naciekanie nerwu wzrokowego, twardówki lub naczyńki. W 6 oczach obserwowano jaskrę następczą po leczeniu zachowawczym, w dwóch także wylewy do ciała szklonego. W 2 oczach stwierdzono przednią lokalizację guzów, zaś 5 oczu było wypełnionych masami nowotworowymi.

OMÓWIENIE

Z danych z piśmiennictwa wynika, że szanse przeżycia u dzieci z wznową w oczodole wynoszą około 10%. Spośród naszych przypadków przeżyło 21,4% chorych. Lepsze wyniki w grupie IV do VI (75%) podali Bedford i wspólnie, lecz czas obserwacji ich przypadków był krótki¹.

Jednym z czynników ryzyka jest znaczny stopień zaawansowania nowotworu w chwili rozpoczęcia leczenia^{1, 11}. Wśród naszych dzieci 11 z 14 miało zmiany IV—VI grupy. Nie stwierdziliśmy różnicy w częstoci

występowania naciekania oczodolu u dzieci obu płci, ani też między przypadkami jednostronnego i obustronnego nowotworu. Ale z 8 chłopców ze zmianami w oczodole przeżył tylko 1, zaś z 6 dziewcząt przeżyły dwie. Wskazywać by to mogło na gorsze rokowanie u płci męskiej, co stwierdzili Rubin i wspólnie¹¹. Zdaniem tych autorów, czynnikami ryzyka jest także naciekanie przedniego odcinka gałki, naczyńki, nerwu wzrokowego. Również z ostatnich doniesień Kopelmana i wspólnie⁷ wynika, że naciekanie nerwu wzrokowego i oczodolu to główne czynniki ryzyka niepomyślnego przebiegu choroby nowotworowej po wyluszczeniu oka. Kolejnym takim czynnikiem jest obustronne występowanie siatkówczaka. W naszym materiale w 6 oczach stwierdzono naciekanie oka lub nerwu II, a w większości przypadków siatkówczak był w obu oczach.

Niewątpliwie jedną z głównych przyczyn niepowodzeń w leczeniu siatkówczaka jest zbyt późne rozpoznanie choroby i często brak zgody rodziców na proponowane leczenie¹². Należy też pamiętać, że nawroty choroby mogą powstać po wielu latach¹³, co stwierdziliśmy w jednym z naszych przypadków.

PIŚMIENNICTWO

1. Abramson D.H., Notterman R.B., Ellsworth R.M., Kitchin F.D.: Retinoblastoma treated in infants in the first six months of life. *AMA Arch. Ophthalmol.* 101: 1362—1366 (1983).
2. Abramson D.H., Ellsworth R.M., Grumbach N., Kitchin F.D.: Retinoblastoma: survival, age at detection and comparison 1914—1958, 1958—1983. *J. Pediatr. Ophthalmol. Strab.* 22: 246—250 (1985).
3. Bedford M.A., Bedotto C., Mac Faul P.A.: Retinoblastoma. A study of 139 cases. *Brit. J. Ophthalmol.* 55: 19—27 (1971).
4. Chuatowa A.W., Weinstein E.S., Dimitrowskaja I.P., Izikson L.J., Burdianskaja E.I., Sorokina M.N., Timakova W.I.: Behandlungsergebnisse bei beiderseitigen Retinoblastom. *Klin. Mbl. Augenhk.* 176: 758—763 (1980).
5. Ellsworth R.M.: Current management of retinoblastoma. (w:) *Jakobiec F.A. (red.): Ocular and adnexal tumors, 128—136 (Aesculapius, Birmingham 1978).*
6. Hays C., Schlienger P., Calle R., Vilcoq J.R., Blaszk B.: Conservative treatment of tumors of the retina at the Curie Institute. Long-term results of 129 cases treated with Stallard's disk and electrons. *Bull. Cancer (Paris)* 72: 87—98 (1985).
7. Kopelman J.E., Mc Lean J.W., Rosenberg S.H.: Multivariate analysis of risk factors for metastasis in retinoblastoma treated by enucleation. *Ophthalmology* 94: 371—377 (1987).
8. Mathew L., Miale T.D., Rao S., Lobe S.A., Fishman G.A., Goldberg M.F.: Retrospective analysis of 58 children with retinoblastoma. *Ophthalmol. Ped. Genet.* 4: 67—74 (1984).
9. Offret G., Hays C.: Tumeurs de l'oeil et des annexes oculaires. (Masson, Paris 1971).
10. Reese A.B.: Tumors of the eye. (Harper and Row, New York 1963).
11. Rubin C.M., Robinson L.L., Cameron J.D., Woods W.G., Nesbit M.E.Jr., Krivit W., Kim T.H., Letson R.D., Ramsay N.K.: Intraocular retinoblastoma group V: an analysis of prognostic factors. *J. Clin. Oncol.* 3: 680—685 (1985).
12. Schenk H.: Zur Problematik der Euklektion beider Augen bei unheilbarem Retinoblastom. *Klin. Mbl. Augenhk.* 167: 877—879 (1975).
13. Stallard H.B.: The treatment of retinoblastoma. *Ophthalmologica* 151: 214—223 (1966).
14. Ytteborg J., Arnesen K.: Late recurrence of retinoblastoma. *Acta Ophthalmol.* 50: 367—374 (1972).
15. Zygulska-Machowa H., Maciejewski Z.: Rokowanie u dzieci leczonych z powodu siatkówczaka w pierwszym roku życia. *Klin. oczna* 88: 199—201 (1986).

Praca wpłynęła: 28.1.1988 (nr 5307).

ZNAMIONA barwnikowe są najczęściej występującymi łagodnymi guzami spojówki. Uważa się, że mają one charakter wrodzony, choć nie zawsze widoczne są od urodzenia^{1, 4}. Według Jay'a⁴ 43% ujawnia się w pierwszej dekadzie życia. Zlokalizowane są zwykle przy rąbku rogówki lub na granicy rogówkowo-spojówkowej tworząc płaski, ograniczony guzek z różną zawartością barwnika^{1, 2, 4, 7}. Według Offret'a i Hays'a⁷ znamiona barwnikowe w 1/3 przypadków są achromatyczne. Często obserwuje się na ich powierzchni małe torbielki, których obecność świadczy o łagodności zmiany⁴. W oparciu o własny materiał kliniczny przedstawiamy wyniki operacyjnego leczenia tych łagodnych guzów.

MATERIAŁ I WYNIKI

W latach 1977—1986 w naszej klinice operowano 80 osób (80 oczu) z potwierdzonym histologicznie rozpoznaniem znamienia barwnikowego spojówki. Grupę tę stanowiło 32 chłopców i mężczyzn (40%) oraz 48 dziewcząt i kobiet (60%). Zmiana najczęściej, w 57 przypadkach (71,3%), zlokalizowana była w spojówce gałkowej skroniowo w pobliżu rąbka rogówki. W 16 przypadkach (20%) stwierdzono znamień w mięsku łowym, zaś w 7 (8,7%) w fałdzie półksiężycowatym.

Oceniając rozległość zmiany stwierdziliśmy, że u 26 chorych (32,5%) znamień w swoim szerszym wymiarze miało wielkość do 3 mm, u 30 (37,5%) 3×4 mm, u 10 (12,5%) — 4×6 mm. W 13 przypadkach (16,3%) średnica guzka wynosiła 8 mm, natomiast w 1 (1,2%) znamień obejmowało kwadrant spojówki sięgając do załamka.

Wiek pacjentów w chwili zabiegu wynosił w 34 przypadkach (42,5%) od 0—10 lat, w 22 (27,5%) 11—20 lat. Pozostałe 24 osoby, tj. 30% miały powyżej 20 r.ż.

Znamień usuwano w całości, z dużym rąbkiem nie zmienionej makroskopowo tkanki przylegającej uprzednio dochodzącej do guza nacynia. W żadnym przypadku nie stwierdzono powikłań w czasie i po zabiegu operacyjnym. Każdą usuniętą zmianę przesyłano do badań histopatologicznych, które wykonano w Instytucie Patologii AM w Krakowie. Oceniano typ histologiczny znamienia, jak również określano czy guzek wycięty został w granicach zdrowej tkanki.

57 preparatów (71,1%) określono jako *naevus pigmentosus*, natomiast w 11 przypadkach (13,9%) wyciętą zmianę zaliczono do grupy tzw. znamion łączących (*junctional* lub *intra-epithelial naevi*), zaś w 12 przypadkach (15%) do grup znamion złożonych (*compound naevi*). Ponadto stwierdzono, że u 5 pacjentów zmiana nie została usunięta w całości, a u 12 granica zmiany zbiegała się z linią cięcia.

Aż 19 pacjentów nie zgłosiło się nawet do pierwszego badania kontrolnego po wyjściu z kliniki, a w pozostałych przypadkach okres obserwacji pooperacyjnej wynosił od pół roku do 6 lat. Do kolejnych badań nie zgłaszało się 22 chorych mimo zaleconej obserwacji, natomiast 31 osób, u których wygląd blizny nie budził obaw odesłano do dalszej kontroli w rejonowych poradniach okulistycznych. Pozostali, ostatnio operowani

Z Kliniki Okulistycznej AM w Krakowie, kierownik: prof. dr med. Helena Zygulska-Machowa

Reprint requests to: Prof. dr med. Helena Zygulska-Machowa, Rynek Kleparski 6 m. 2; 31-150 Kraków, Poland

HELENA ZYGULSKA-MACHOWA,
JOANNA SŁOMSKA I ZBIGNIEW MACIEJEWSKI

Leczenie operacyjne znamion barwnikowych spojówki

TREATMENT OF PIGMENTARY NAEVI OF THE CONJUNCTIVA

Eighty persons with histopathologically confirmed diagnosis of pigmentary conjunctival naevi were operated upon in the period 1977—1986. Subjected to an analysis were the age and the sex of the patients as well as the localization, size and histopathological type of the change. Neither of the treated patients showed any naevus turning malignant and there were no recurrences.

HASŁA: znamień barwnikowe, spojówka, leczenie operacyjne

KEY WORDS: pigmentary naevus, conjunctiva, operation treatment

pacjenci, obserwowani są nadal w tutejszej klinice. Zaden z leczonych chorych nie powrócił do kliniki z objawami nawrotu. W przypadku, w którym znamień obejmowało 1 kwadrant w 4 miesiącu po operacji stwierdzono polipowaty rozrost spojówki. Zmianę tę usunięto w czasie ponownego zabiegu nie obserwując w dalszych badaniach kontrolnych cech wznowy czy metaplastji. Pacjent ten przebywa w stałej kontroli, a okres obserwacji wynosi 2 lata.

OMÓWIENIE

W przedstawionym materiale znamiona barwnikowe występowały głównie u dzieci w pierwszej dekadzie życia co zgodne jest z danymi innych autorów¹⁻⁴. Zmiana zlokalizowana była najczęściej w spojówce gałkowej w pobliżu rąbka rogówki, a jej wielkość nie przekraczała 4 mm.

Szczegółowej analizie poddano przypadki, w których guzek nie został usunięty w całości lub jego granica zbiegała się z linią cięcia, jak również te przypadki, w których histologicznie stwierdzono znamień złożone lub znamień łączące. Według *Manschota*⁴ ten typ histologiczny znamienia może w małym odsetku ulec zezłoczeniu, dlatego wymaga nieco dokładniejszych obserwacji. U 6 z tych chorych po zabiegu pozostała niewielka grudka barwnika, ale w żadnym przypadku nie stwierdzono cech wznowy.

Nadal dyskusyjnym pozostaje sposób leczenia znamion barwnikowych. *Offret* i *Hays*⁷ uważają, że każdą zmianę należy usuwać przy pierwszych objawach zadrżnienia jak to często dzieje się w okresie pokwitania, przylegając otaczające nacynia zdiagnozując je, natomiast *Reese*⁷ twierdzi, że znamiona rosnące, otoczone poszerzonymi nacyniami oraz wykazujące zmiany zapalne wymagają wycięcia, jak również te, które podlegają stałym, mechanicznym urazom. Dotyczy to znamion umiejscowionych w mięsku łowym, fałdzie półksiężycowatym i na brzegu powieki.

Naszym zdaniem najlepiej jest przeprowadzić ten zabieg przed okresem pokwitania, w którym niekiedy

stwierdza się objawy zadrażnienia i cechy wzrostu guzków. Co niepokoi zarówno pacjenta, jak i jego opiekunów. Wycięcie guzka powinno być poprzedzone diatermokoagulacją otaczających znamień naczyń. U osób starszych, jeżeli znamień nie wzrasta, można je jedynie obserwowwać.

PISMIENICTWO

1. Benderitter T., Berard M., Bonerandi J., Lebreuil G.: Les proliférations mélaniques de la conjonctive. J. Franc. d'Ophthal. 8: 411—422 (1985). — 2. Duke-Elder S.,

Leigh A.: System of Ophthalmology, VIII Diseases of the outer eye, 1210—1219 (Kimpton, London 1965). — 3. Elsas F. J., Green W. R.: Epibulbar Tumors in Childhood. Amer. J. Ophthal. 79: 1001—1007 (1975). — 4. Jay B.: Naevi and Melanoma of the Conjunctiva. Brit. J. Ophthal. 49: 169—204 (1965). — 5. Manschot W. A.: Congenital Ocular Melanosis, Conjunctival Naevus, Conjunctival Melanosis, Conjunctival Melanoma. Ophthalmologica 125: 495—505 (1966). — 6. Offret G., Haye C.: Tumeurs de L'oeil et Des Annexes Oculaires, 144—163 (Masson, Paris 1971). — 7. Reese A. B.: Tumors of the Eye, 318—330 (Harper and Row, New York 1963).

Praca wpłynęła: 1.10.1987 (nr 5244).

(cd. ze str. 43)

przypały obejmujących 180—360° kąta przesączania. W 8 spośród 11 oczu po kilkakrotnie powtarzanej trabekuloplastyce obniżenie wewnątrzgałkowego ciśnienia utrzymywało się ponad rok. Po zastosowanym leczeniu nie obserwowano zwyczaj ciśnienia. Powtarzana kilka razy trabekuloplastyka okazała się szczególnie skuteczną u tych pacjentów, u których długotrwałe obniżenie ciśnienia uzyskiwano już po pierwszym zabiegu.

Anna Bernardczykowa

12. Siatkówka, ciało szkliste

LISCH W., WEIDLE E. G., RICHARD G., THIEL H. J.: Liczne torbiele siatkówki typu żółtkowatego. Kazuistyka i przegląd piśmiennictwa (Multiple vitelliforme Netzhautzysten. Kazuistik und Literaturübersicht). Klin. Mbl. Augenhk. 194: 120—128 (1989).

Przedstawiono pacjenta z licznymi torbielami siatkówki (vitelliformis) obejmującymi też plamkę, z normalnym EOG i bez zmian wrodzonych. Po 3 latach stwierdzono nasilone łączenie się torbieli, po 2 dalszych latach doszło do tworzenia się blizn w obrębie poprzednio istniejących torbieli. W dotychczasowej literaturze opisano 30 pacjentów z licznymi torbielami typu żółtkowatego. Najważniejsze rozpoznania tych pacjentów zestawiono tabelarycznie z własną kazuistiką. Pod względem dziedzinności można rozróżnić 2 grupy: 1 — liczne torbiele w ramach dystrofii żółtkowej Besta i 2 — tzw. przypadki pojedyncze bez wykazania dziedziczności. Wszystkie dotychczasowe przypadki grupy 1 wykazywały patologiczne EOG, podczas gdy te z grupy 2 posiadały zarówno normalne, jak i patologiczne EOG. Pacjenci z grupy 1 mają przeciętny wiek przeżycia 31 lat, a z grupy 2 od 2 do 39 lat. Należy ściśle odróżnić liczne torbiele siatkówki typu żółtkowatego od mnogich odwarstwień warstwy barwnikowej siatkówki.

Anna Bernardczykowa

15. Zaburzenia ruchomości, zęzy

NOWAK M. R., KOLLING G.: Mierzenie cyklodewiacji (Die Messung von Zyklodeviationen). Klin. Mbl. Augenhk. 194: 105—109 (1989).

Przy licznych wskazaniach wymagających pomiarów cyklodewiacji pojawiają się zagadnienia dotyczące odpowiedniej metody badania. Przeprowadzono szereg prób u osób nie zezujących i mierzono cyklodewiację w polozieniu wyjściowym. Jednoczesne pomiary przeprowadzono trzema różnymi metodami, a oboczne pomiary przy pomocy czterech metod. Wykazano, że różne metody pomiarowe prowadzą do zróżnicowanych wyników. Przy

kontroli klinicznej należy stosować zawsze tę samą metodę. Prostą i niezawodną metodą przeglądową jest cylinder Maddoxa o podwójnej skali, który z dużą dokładnością umożliwia również pomiary przy spojreniu w górę i w dół.

Anna Bernardczykowa

PRATT-JOHNSON J. A., TILLSON G.: Trudne do leczenia dwojone po przywróceniu wzroku w przypadku zaćmy jednostronnej (Intractable diplopia after vision restoration in unilateral cataract). Amer. J. Ophthal. 107: 23—26 (1989).

24 pacjentów utraciło zdolność fuzji po zniesieniu widzenia obuocznego w wyniku jednostronnej zaćmy porażkowej obecnej przez ponad 2,5 roku lub w następstwie nie skorygowanej bezsoczewkowości jednostronnej. 3 pacjentów było w wieku 6 lat, 1 w wieku 8 lat, a pozostałych 20 miało w czasie urazu 10 lat lub więcej. U wszystkich pacjentów dwojone po usunięciu zaćmy lub po skorygowaniu bezsoczewkowości było trudne do leczenia. Aniseikonnia nie była przyczyną braku fuzji, gdyż wszczęcie sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej nie zapobiegło dwojoni. Dwojone nie ustępowało również po leczeniu zasłanianiem zdrowego oka.

Anna Bernardczykowa

17. Nowotwory, choroby ogólne a oko

SCHMIDT T., FEICHT B.: Zanik połowy twarzy z jednostronnym zwłóknieniem wszystkich zewnętrznych mięśni oka (Hemiatrophia faciei mit monolateraler Fibrosierung aller äußeren Augenmuskeln). Klin. Mbl. Augenhk. 194: 117—119 (1989).

Obraz chorobowy zaniku połowy twarzy wykazuje różnorodny obraz zanikowych procesów części miękkiej i kości. Również gałka i oczodół mogą być zajęte przez postępujące zmiany zanikowe. Przedstawiono 53-letnią osobę z wrodzonym zwłóknieniem wszystkich zewnętrznych mięśni oka. Wobec tego, że nie ma bezpośredniego zaniku tej samej strony połowy twarzy obraz chorobowy odpowiada wrodzonej, a nie postępującej formie hemiatrofii twarzy.

Anna Bernardczykowa

DEUTCH D., LEVIS R. A.: Wewnątrzgałkowe ciśnienie po sercowo-płucnej chirurgii metodą bypass (Intraocular pressure after cardiopulmonary bypass surgery). Amer. J. Ophthal. 107: 18—22 (1989).

U 46 pacjentów badano efekt chirurgii metodą bypass. Badano przed- i pooperacyjnie ostrość wzroku, ciśnienie wewnątrzgałkowe, wagę ciała, płyny infuzyjne w

(cd. na str. 24)

CHOROBA przeszczepu może wystąpić po przypadkowych infekcjach ogólnych (np. angina, grypa) i miejscowych oraz urazach oczu. Na problem ten zwróciliśmy uwagę w poprzednich pracach¹⁻³. Zapobieganie chorobie przeszczepu polega więc także na chronieniu pacjentów po keratoplastyce przed zakażeniem i urazem.

OBSERWACJE WŁASNE

Obejmują one 5 pacjentów po przeszczepieniu rogówki, u których wystąpiły objawy choroby przeszczepu w przebiegu epidemicznego zapalenia spojówki i rogówki, jesienią 1987 r.

Przypadek 1. Pacjent w wieku 29 l., przyjęty do naszej kliniki z powodu zaawansowanego stożka rogówki o.l. Operowany 9.09.1987 r. (przeszczep drążący 8 mm), po upływie 4 tygodni wypisany do domu. Vis. o.s. — 5/6, oko spokojne, przeszczep przezroczysty, dobrze zaadaptowany, szwy napięte. Po 10 dniach pacjent zgłosił się ze skargami na uczucie ciała obcego i silne łzawienie oka lewego. W chwili przyjęcia stwierdzono: vis. o.s. — 1/40, duże przekrwienie mięska łzowego, spojówki sklepień przekrwione, grudkowate. Przeszczep w całości obrzęknięty, barwi się punkcikowato fluorescująco, z grubymi pofałdowaniami blaszki granicznej tylnej. Na tylnej powierzchni płatka osady, układające się w postaci nieregularnej linii izokoncentrycznej. Rogówka własna — bez zmian, szew napięty, tęczęwka spokojna, źrenica reaguje na światło, szerokość źrenicy — jak w oku prawym. Zastosowaliśmy iniekcje Depomedrolu pod pochwętkę Tenona, do worka spojówkowego krople Maxitrol co godzinę; z powodu braku poprawy podaliśmy hydrokortyzon (domięśniowo) w dawce 300 mg dziennie. Po upływie 2 tygodni nastąpiła poprawa. Odstawiliśmy iniekcje hydrokortyzonu. Chory nadal otrzymywał miejscowo 1% Dretromycynę i Dexametazon co 2 h. Z tymi zaleceniami wypisaliśmy chorego do domu po 4 tygodniach leczenia szpitalnego. Ostrość wzroku i stan oczu — jak w dniu wypisania po operacji. Po upływie 2 tygodni, w czasie badania kontrolnego stwierdziliśmy drobne, podnabłonkowe nacieki w rogówce oka prawego, oko lewe — jak w dniu wypisu.

Przypadek 2. Pacjentka l. 29, przyjęta do kliniki 8.11.1987 r. z powodu zaawansowanego stożka rogówki w oku prawym. We wrześniu 1986 r. była operowana w naszej klinice (przeszczep drążący 8,5 mm) z powodu stożka IV° w oku lewym. Obecnie, w dniu przyjęcia vis. o.d. — 5/50, vis. o.s. — 5/6 sc. W dniu 10.11.1987 r. wykonaliśmy przeszczepienie rogówki drążące (7,5 mm) w oku prawym. Po 2 tygodniach od operacji wystąpiły u chorej objawy zapalenia spojówek z przekrwieniem mięska łzowego w oku lewym. Płatek pierwszego przeszczepu lśniący, przezroczysty. Oko prawe spokojne, przeszczep prawidłowy (nieliczne delikatne pofałdowania blaszki granicznej tylnej). Po upływie 10 dni stwierdziliśmy w przeszczepie rogówki oka lewego 3 okrągłe nacieki podnabłonkowe o średnicy 0,1—0,2 mm. Oko prawe bez odchyłań.

Przypadek 3. Pacjent l. 19, przyjęty do kliniki z powodu ostrego stożka rogówki w oku lewym. Vis. o.d.

Z Kliniki Okulistycznej II Wydziału Lekarskiego AM w Warszawie, kierownik: prof. dr med. Zofia Trzcńska-Dąbrowska

Reprint requests to: Dr med. Ewa Iwaszkiewicz, ul. Broniewskiego 11 B m. 41; 01-780 Warszawa, Poland

EWA IWASZKIEWICZ

Choroba przeszczepu rogówki a keratoconjunctivitis epidemica

GRAFT DISEASE AND EPIDEMIC KERATOCONJUNCTIVITIS

Presented are personal observations of 5 patients after corneal grafting who exhibited signs of graft disease in the course of epidemic keratoconjunctivitis in Autumn 1987. Clinical signs and methods of procedure are discussed. In one case the graft partially opacified due to an additional trauma.

HASŁA: keratoplastyka, choroba przeszczepu, keratoconjunctivitis epidemica

KEY WORDS: keratoplasty, graft disease, epidemic keratoconjunctivitis

— 5/5, vis. o.s. — 0,5/50. W dniu 29.09.1987 r. wykonaliśmy przeszczepienie drążące rogówki (8 mm) w oku lewym. Po upływie 3 tygodni od operacji: vis. o.s. — 5/5 sc, oko spokojne, płatek przezroczysty, dobrze zaadaptowany, szwy prawidłowe. W 4 tygodniu wystąpiły objawy zapalenia spojówek, z przekrwieniem mięska łzowego. Stwierdziliśmy izokoncentryczną linię osadów na tylnej powierzchni płatka. Płatek obrzęknięty, w rogówce gospodarza pojawiły się naczynia powierzchowne. Oko prawe — bez zmian. Zastosowaliśmy leczenie jak w przypadku 1, dodatkowo iniekcje Depomedrolu 3× co 10 dni. Chorego wypisano w 9 tygodniu po operacji z ostrością wzroku o.l. 5/5 sc. Płatek lśniący, przezroczysty. Naczynia w rogówce gospodarza zanikły. Dalsze odcinki oka — bez zmian.

Przypadek 4. Pacjent l. 59, w październiku 1986 wykonaliśmy przeszczepienie rogówki w oku prawym (8,5 mm) z powodu stożka rogówki, z jednoczesnym usunięciem zmętniałej soczewki. We wrześniu 1987 (w czasie badania kontrolnego) vis. o.d. — 5/6 cc+10,0 Dsph, vis. o.s. — 0,5/50 (stożek rogówki, zaćma początkowa, cukrzycowe zwyrodnienie siatkówki w obu oczach). Przyjęty ponownie do naszej kliniki 4.11.1987 z powodu przekrwienia spojówek i mięska łzowego w oku prawym, dużego łzawienia, obrzęku przeszczepu i licznych osadów na całej tylnej powierzchni przeszczepu. Rogówka gospodarza, tęczęwka w oku prawym i lewym — bez zmian. Zastosowaliśmy leczenie: iniekcje Depomedrolu pod pochwętkę Tenona, Dretromycyna i Dexametazon w kroplach — co godzinę. Osady ustąpiły po 10 dniach, obrzęk przeszczepu cofnął się po 4 tygodniach. W dniu wypisu — vis. o.d. — 5/5 cc+10 Dsph.

Przypadek 5. Pacjent l. 30, w dniu przyjęcia: vis. o.d. — 5/5, vis. o.s. — 1/50, oko prawe — bez zmian chorobowych, oko lewe — rozległe, unaczynione bielmo po oparzeniu parą wodną pod ciśnieniem. W dniu 23.10.1987 wykonaliśmy warstwowe przeszczepienie rogówki w oku lewym (9 mm). W 4 dniu po operacji chory zaczął uskarżać się na uczucie ciała obcego i łzawienie w oku prawym (zdrowym). Spojówki i mięsko łzowe — przekrwione. Po upływie 8 dni stwierdziliśmy liczne, drobne nacieki pod nabłonkiem rogówki. W tym czasie oko lewe było spokojne, płatek przezroczysty, nie barwił się fluorescująco, vis. o.s. — 5/10. Po upływie 2 dni