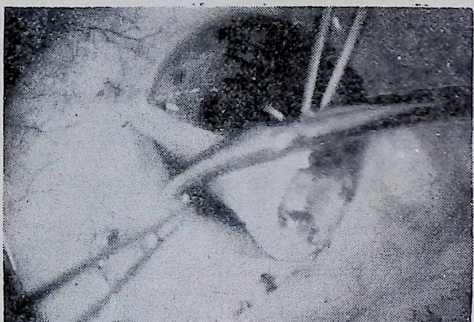


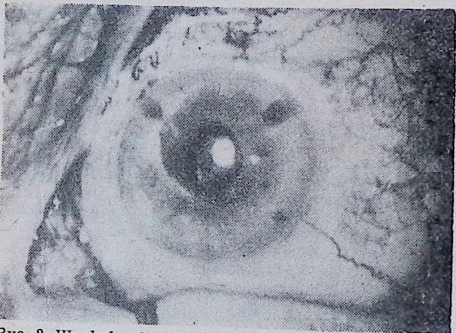
W SPÓLISTNIENIE zaćmy i jaskry w oczach po przebytych zapaleniach błony naczyniowej stanowi poważny problem w praktyce klinicznej. W leczeniu tego rodzaju przypadków stosujemy technikę operacyjną polegającą na pozatorebkowym usunięciu zaćmy z równoczesną podwójną trabekulektomią. W ostatnich latach wielu autorów poleca jednoczasowe wykonanie zabiegu usunięcia zaćmy z zabiegiem przeciwjaskrowym¹⁻⁴, co zapobiega problemom związanym z trudną do leczenia jaskrą w oku bezsoczewkowym. Przewlekłe stosowanie sterydów w zapaleniach błony naczyniowej zarówno miejscowo, jak i ogólnie, bardzo często powoduje równoczesne wystąpienie zaćmy i jaskry.

Zabieg rozpoczyna się cięciem spojówki w odległości 5 mm od rąbka rogówki i odchyleniem płata spojówki w kierunku rogówki. Następnie wykonywano zabieg pozatorebkowego usunięcia zaćmy w sposób typowy wg Pearce'a.

Na godzinie 11.00 i 1.00 przy pomocy nożyczek Van-nasa wycinano część rąbka (ryc. 1) wraz z częścią be-leczkowania, wielkości 2x3 mm i wykonywano iry-



Ryc. 1. Wycinanie fragmentu rogówkowo-twardówkowego.



Ryc. 2. Wygląd gałki ocznej po operacji.

Praca przedstawiona w postaci plakatu na VIII Kongresie Europejskiego Towarzystwa Okulistycznego w Lizbonie, 16.05.—20.05.1988

Z Oddziału Okulistycznego Szpitala Górniczego w Sosnowcu, ordynator: doc. dr med. Jerzy Szaflik

Reprint requests to: Doc. dr med. Jerzy Szaflik, ul. Kę-powa 22 P, 40-533 Katowice, Poland

JERZY SZAFLIK, WANDA ROMANIUK
i EDWARD WYLĘGAŁA

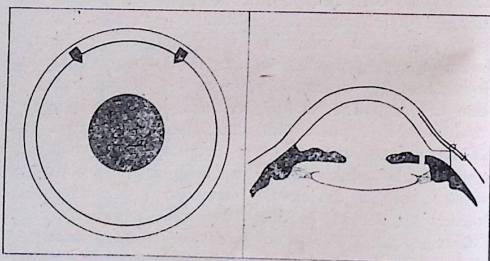
Jednoczasowe pozatorebkowe usunięcie zaćmy z trabekulektomią po przebytych zapaleniach błony naczyniowej

SIMULTANEOUS EXTRACAPSULAR CATARACT EXTRACTION WITH TRABECULECTOMY AFTER PASSED UVEITIS

Simultaneous cataract extraction and antiglaucomatous operation was performed in 11 patients (16 eyes) who suffered uveitis. In all the cases extracapsular extraction and double trabeculectomy were performed according to personal modifications. The cataract was extracted extracapsularly and subsequently the trabeculectomy was executed at 11 and 1 o'clock. Normalization of the IOP was attained in 13 eyes, 3 eyes needed application of Timolol. The results encourage to further use of this procedure.

HASŁA: zaćma wklajająca, zapalenie błony naczyniowej, jaskra wtórna, pozatorebkowe usunięcie zaćmy, trabekulektomia

KEY WORDS: complicated cataract, uveitis secondary glaucoma, extracapsular cataract extraction, trabeculectomy



Ryc. 3. Schemat opisywanej operacji.

dektomię przypadkową w południkach wyciętego trabekulum (ryc. 2 i 3).

Ranę rąbkową zszywano szwami pojedynczymi lub szwem ciągłym i zakładano szew ciągły na ranę spojówki. Zabieg operacyjny kończono podaniem w iniekcji podspojówkowej antybiotyku z Decadronem.

Po operacji podawano do worka spojówkowego krople sterydowe i rozszerzające źrenicę przez okres kilku tygodni.

Powyższą techniką wykonano 16 operacji u 11 pacjentów.

Powikłania śródoperacyjne to pęknięcie torebki tylnej, które wystąpiło w 2 przypadkach. Konieczność usunięcia ciała szklonego z komory przedniej zaistniała u 1 z tych chorych. W 5 przypadkach wystąpiły trudności z rozszerzeniem źrenicy spowodowane zrostami tylnymi. U 2 chorych w czasie zabiegu wystąpiło niewielkie krwawienie do komory przedniej.

Powikłania popoperacyjne to splycenie komory przedniej w pierwszych dniach po zabiegu, które obserwowano w 4 przypadkach, a u 3 chorych wystąpiło od-

łączenie naczyń. Powikłania te ustąpiły po leczeniu farmakologicznym. W 1 oku miało miejsce krwawienie do komory przedniej w drugim dniu po operacji. Mydriaza z powodu uszkodzenia zwieracza źrenicy wystąpiła w 2 przypadkach, a w 3 obserwowano zrosty tęczy z torebką soczewki. Torbielowaty obrzęk płamki pojawił się w 1 przypadku.

Normalizację ciśnienia wewnątrzgałkowego uzyskano w 13 oczach, w pozostałych 3 konieczne było stosowanie Timololu. Ostrość wzroku z korekcją po operacji wynosiła 5/10 i powyżej w dziewięciu przypadkach. W trzech uzyskano ostrość wzroku w granicach 5/50—5/12 spowodowaną schorzeniami płamki i częściowym zanikiem jaskrowym nerwu wzrokowego. W trzech oczach ostrość wzroku wynosiła poniżej 5/50, co było spowodowane zaawansowanym zanikiem jaskrowym nerwu wzrokowego.

W porównaniu z zabiegami usunięcia zaćmy i trabekulektomią wykonywanymi oddzielnie przedstawiona metoda jest korzystniejsza ze względu na jednoczasowość i skuteczną normalizację ciśnienia wewnątrzgałkowego.

PIŚMIENNICTWO

- Galin M. A., Hung P. T., Ostbaum S. A.: Cataract extraction in glaucoma. Amer. J. Ophthalm. 87: 124—129 (1979).
- Luntz M. H., Berlin M. S.: Combined trabeculectomy and cataract extraction. Trans. Ophthalm. Soc. UK 100: 533—541 (1980).
- Jons G. E., Layden W. E.: Combined trabeculectomy and cataract extraction. Amer. J. Ophthalm. 88: 973—981 (1979).
- Jernald T., Lundström M.: Trabeculectomy combined with cataract extraction. Amer. J. Ophthalm. 81: 227—231 (1976).

Praca wpłynęła: 26.06.1989 (nr 5570).

(cd. ze str. 72)

SOUBRANE G., COSCAS G., LARCHEVEQUE F.: Starcze zwyrodnienie płamki i torbielowaty obrzęk płamki (Degenerescence maculaire liee a l'age (DMLA) et oedeme maculaire cystoide). J. Fr. Ophtal. 11: 711—720 (1988).

Przeciek z nowych naczyń odpowiedzialny za wysiękową formę starczego zwyrodnienia płamki wywołuje odwarstwienie siatkówki, krwotoki, wysięki i śródsiatkawkowy obrzęk torbielowaty płamki. W retrospektywnym studium 100 oczu oceniono wartość rokowniczą torbielowatego zwyrodnienia płamki w okolicy płamkowej wewnętrznej siatkówki. Nie stwierdzono związku z długością rozwoju nowotwórstwa naczyń, rozległością nowotwórstwa naczyń, umiejscowieniem nowych naczyń: określonym (48 oczu) lub nieokreślonym (19 oczu), lub zaawansowanymi i włóknistymi uszkodzeniami (21 oczu). Torbielowaty obrzęk płamki był jednak początkowo związany ze ślepotą w 46% oczu. Aktywne nowotwórstwo naczyń stowarzyszone z obrzękiem płamki było pozadołkowe w 83% oczu. Biomikroskopowe rozpoznanie torbielowatego obrzęku płamki wymagało angiografii fluoresceinowej aby zidentyfikować nowe naczynia przed fotokoagulacją laserową. Po okresie obserwacji 30 dni do 6 lat (średnio 15 miesięcy) 69% oczu było ślepych, jakkolwiek 41 oczu było leczonych laserową fotokoagulacją (ogniskową lub okołoplamkową). Rokowanie w starczym zwyrodnieniu płamki nie jest bezpośrednio związane z obecnością w tej chorobie torbielowatego obrzęku płamki.

Anna Bernardczykowa

STEWART M. W., GITTER K. A.: Wrodzona siatkówkowo-żylna paciorkowatość (Inherited retinal venous beading). Amer. J. Ophthalm. 106: 675—681 (1988).

Czterech członków drugiej generacji wykazało jednostronne, autosomalnie dominujące zaburzenie siatkówki

zwane wrodzoną siatkówkowo-żylną paciorkowatością (beading). Wada rozwojowa związana była z nowotwórstwem naczyń siatkówki, wysiękami, krwotokami do ciała szklonego. Trzech innych członków rodziny miało żylną paciorkowatość i różnego stopnia krętość naczyń siatkówki. Członkowie rodziny z żylną paciorkowatością mieli od niskich do normalnych liczb leukocytów i krwinek obojętnochłonnych czym różniły się istotnie od nie-dotkniętych chorobą członków rodziny.

Anna Bernardczykowa

14. Oczodół, zatoki

WITSCHEL H., GRANNEMANN D.: Tętnico-żylny zniekształcenie oczodolu (Arterio-venose Fehlbildung der Orbita). Klin. Mbl. Augenhk. 194: 97—100 (1989).

Tak zwane tętnico-żylny zniekształcenie stanowi rzadkie schorzenie naczyń oczodolu i należy je odróżnić od tętnico-żylny przetoki (np. przetoka sinus carotis), od tętniaka, od żyłaków i naczyńiaków. Schorzenie to powstaje w wyniku skłonności do zniekształcającego różnicowania podstawy naczyń. Schorzenie to jednak ujawnia się w pierwszym okresie dojrzałości. Typowymi klinicznymi oznakami są: wytrzeszcz, często z tętnieniem i charakterystycznym szmerem, zastój naczyń nadtwardówkowych i spojówkowych, jaskra wtórna w różnym stopniu, w późnym stadium ograniczenie ruchomości z dwojeniem obrazu, jak również niedomagania czynnościowe. Przy takich zniekształceniach naczyniowych stosowana zwykle terapia, jak chirurgiczne wycięcie lub embolizacja mają wąskie zastosowanie, ponieważ zespół naczyń stale zasilany jest z tętnicy ocznej. Autorzy przedstawiają na 2 typowych przypadkach obraz kliniczny, rozpoznanie, rozpoznanie różnicowe, jak również możliwości leczenia.

Anna Bernardczykowa

(cd. na str. 90)