

ODERWANIE od rąbka zębatego jest częstą przyczyną odwarstwienia siatkówki (o.s.) u dzieci i wg naszych poprzednich badań występuje w 37,5% przypadków¹. W grupie odwarstwień siatkówki występujących w obu oczach można je wykazać aż w 77%². O.s. spowodowane jej oderwaniem od rąbka zębatego ze względu na swoją specyfikę zostało wyodrębnione z grupy innych odwarstwień. W piśmiennictwie podkreśla się częstsze jego występowanie u osobników płci męskiej, w przeważającej liczbie do 20 roku życia¹.

Cel pracy stanowi ocena różnego typu operacji w tego rodzaju odwarstwieniach oraz porównanie czynności oczu po opasaniu gałki ocznej oraz mniej rozległych zabiegach operacyjnych.

MATERIAŁ I METODYKA

Materiał kliniczny obejmuje 38 oczu u 36 dzieci leczonych w latach 1982—1987. Wśród nich było 12 dziewczynek i 23 chłopców w wieku 5—17 lat (średnio 12). Oderwanie siatkówki od rąbka zębatego najczęściej miało miejsce w dolnej półkuli gałki, w większości przypadków w kwadrantach skroniowych, przy czym obejmowało mniej niż 1 kwadrant w 6 oczach, niewiele go przekraczało w 17, większe było w 14 oczach. W kwadrantach górnoskroniowych stwierdzone było w 4 oczach. W 1 przypadku w oku z wysoką krótkowzrocznością oderwanie olbrzymie obejmowało oba kwadranty skroniowe oraz nosowogórny, a siatkówka odwarstwiona całkowicie, wynicowana i zwinięta przykrywała tarczę nerwu wzrokowego.

W 26 oczach (68% przyp.) uniesienie siatkówki obejmowało ponad 3 kwadranty, w 4 (10,5%) — 2 kwadranty, w 8 (21,5%) było całkowite. W wszystkich badanych oczach odwarstwienie dotyczyło także płamki. W 4 oczach stwierdzono rozwarstwienie siatkówki w płamce potwierdzone angiografią fluoresceinową. W 6 gałkach ocznych występowały zmiany włókniste szklistkowo-siatkówkowe typu C₁—C₃¹. W 36 gałkach (94%) tarcza nerwu wzrokowego była dostępna badaniu wzornikowemu. Na podstawie wywiadów stwierdzono, że w 12 przypadkach łączono spadek widzenia z przebyłym urazem tępym oka lub głowy. U pozostałych dzieci przyczyny choroby nie ustalono. U 4 dzieci miała miejsce krótkowzroczność wyższa niż 6 dioptrii, u pozostałych niska krótkowzroczność (6 oczu), nadwzroczność o małych wartościach (16 oczu) i normowzroczność (12 oczu).

Ostrość wzroku u większości chorych (15) to liczenie palców przed okiem, tylko w 9 oczach wynosiła 1/50 do 2/50. Pola widzenia u 9 chorych nie udało się oznaczyć (polomierz Goldmanna), u pozostałych zachowane było we fragmentach odpowiadających przyłożonej siatkówce.

Równoleżnikowe opasanie gałki ocznej gąbką silikonową o średnicy 2—3 mm umocowaną techniką Lincoffa³ wykonano w 20 oczach. Równocześnie zastosowaliśmy kriopeksję oraz punkcję diatermiczną twardówki z uwolnieniem płynu podsiatkówkowego. W 4

BRONISŁAWA KORASZEWSKA-MATUSZEWSKA,
ELŻBIETA DONOCIK i MAŁGORZATA NITA

Chirurgia odwarstwienia siatkówki z oderwaniem od rąbka zębatego u dzieci

SURGERY OF RETINAL DETACHMENT WITH AN ORA SERRATA DIALYSIS IN CHILDREN

The clinical material comprises 38 eyes in 36 children aged 5—17 years. The goal of this work was a presentation of the efficacy of retinal detachment surgery in cases of ora serrata dialysis. Apposition of the retina after surgery was achieved in 97 p.c. of cases. The visual acuity higher than 0.1 was observed in 67.5 p.c. of cases. Cerclage of the eye performed in a large group of patients did not influence the functional results in comparison with the results obtained by other methods.

HASŁA: oderwanie od rąbka zębatego, odwarstwienie siatkówki, opasanie, wszczepy, wyniki leczenia

KEY WORDS: ora serrata dialysis, retinal detachment, cerclage, implants, results

przypadkach tej grupy podano gaz typu SF₆ do komory ciała szklistego sposobem opisanym w poprzedniej pracy⁴; w 3 z tych oczu istniało oderwanie olbrzymie, w 1 oku gaz zastosowano w czasie trzeciej reoperacji.

Zewnątrzwardówkowe równoleżnikowe wszczepy z gałki silikonowej z kriopeksją i wypuszczeniem płynu podsiatkówkowego zastosowaliśmy w 12 oczach, przy czym, w zależności od wielkości oderwania, obejmowały one ponad 1 lub 2 kwadranty. Zakładaliśmy je odpowiednio do rzutu brzegu oderwania na twardówkę mocując szwami tworzącymi kształt litery U metodą opisaną poprzednio⁵.

Segmentowe wgłobienie twardówki z kriopeksją oraz wypuszczenie płynu podsiatkówkowego przeprowadzone zostało w 6 oczach z oderwaniem mniejszym niż 1 kwadrant. W 3 oczach jako uzupełnienie zabiegu została wykonana koagulacja laserem argonowym. Zastosowano ją również w 6 oczach, w których podczas badania stwierdzono oderwanie siatkówki od rąbka zębatego bez odwarstwienia siatkówki.

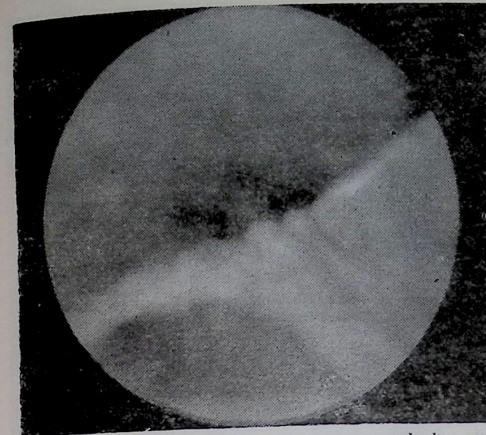
WYNIKI

Przyłożenie siatkówki uzyskaliśmy w 37 oczach (97%). Przyłożenia nie osiągnięto w oku z olbrzymim oderwaniem i zwiniętą siatkówką. Przypadek przyłożonej siatkówki ilustruje ryc. 1.

Ostrość wzroku po operacji wyższa od 5/50 miała miejsce w 25 operowanych oczach (67,5%) a w granicach od 1/50 do 5/50 w 12 (32,5%). Wartości ostrości wzroku po korekcji wady refrakcji ukazuje tab. I.

Zakres pola widzenia w oczach z przyłożoną po operacjach siatkówką ilustruje tab. II.

W 14 oczach występowały zmiany zwyrodnieniowe o różnej intensywności w rejonie płamki, w 10 brak było refleksu z dołka centralnego siatkówki, w 5 wykazywał on zniekształcenie.



Ryc. 1. Dno oka 10-letniego chłopca z rozległym oderwaniem od rąbka zębatego. Szczyt oderwania przylega do wału wgłobienia.

Tabela I

Rodzaj zabiegu operacyjnego	Ostrość wzroku z korekcją wady refrakcji		
	5/5—5/10	5/12—5/50	<5/50
Opasanie gałki ocznej	6 31,5%	6 31,5%	7 37,0%
Wszczep zewnątrzwardówkowy	7 38,8%	6 33,3%	5 27,9%
Ogółem	13	12	12

Tabela II

Rodzaj zabiegu operacyjnego	Pole widzenia		
	prawidłowe	ograniczone o 10—20° w co najmniej 1 kwadrancie	ograniczone o 25—30° w co najmniej 1 kwadrancie
Opasanie gałki	10 52,7%	7 36,8%	2 10,5%
Wszczep zewnątrzwardówkowy	13 72,3%	5 27,7%	—
Ogółem	23	12	2

OMÓWIENIE

Oderwanie siatkówki od rąbka zębatego jako częsta przyczyna jej odwarstwienia w wieku dziecięcym i młodzieńczym stanowi problem w chirurgii oka. Wynika to przede wszystkim z faktu, że chorzy ci zgłaszają się do lekarza dopiero wówczas, gdy następuje gwałtowny spadek ostrości wzroku czyli wtedy gdy odwarstwienie obejmuje płamkę, a u młodszych dzieci schorzenie często zostaje wykryte przypadkowo, gdy oko ustawia się w zezie. W naszym materiale w 26 oczach występowało odwarstwienie obejmujące ponad 3 kwadranty a w 8 oczach było całkowite. W drugim, pozornie zdrowym oku, u sześciorga dzieci znaleziono oderwanie siatkówki od rąbka zębatego w kwadrantach dolnocznych z odwarstwieniem ograniczonym jedynie do brzegu otworu. W oczach tych, nie stanowiących przedmiotu obecnej pracy, wykonano ograniczające szeregi koagulacji laserem argonowym. Początek schorzenia jest więc podstęp-

ny, niezauważalny, w naszych przypadkach jedynie u 12 dzieci mógł być wywołany przez przebyty uraz.

Dobór zabiegu operacyjnego w leczeniu omawianych odwarstwień siatkówki był uwarunkowany przede wszystkim wielkością oderwania od rąbka zębatego. Pod uwagę brano również wysokość i rozległość odwarstwienia siatkówki. W 20 oczach (52,6%) wykonano opasanie równoleżnikowe gałki ocznej, co dało bardzo dobry wynik anatomiczny w 19 oczach (95%).

Różnej długości zewnątrzwardówkowe wszczepy z gałki silikonowej wszczepiano równoleżnikowo w przypadkach o otworach spowodowanych oderwaniem siatkówki od rąbka zębatego o wielkości mniejszej, równej lub nieco większej niż 1 kwadrant. Uważamy, że bardzo istotne dla wyniku operacji jest staranne umiejscowienie wszczepu równoleżnie do brzegu otworu w miejscu, w którym wgłobiona twardówka uzyska kontakt z odwarstwowaną siatkówką. Długość wszczepu musi być większa niż wielkość oderwania tak, aby jego końce znajdowały się poza rejonem oderwanej siatkówki sięgając do prawidłowego rąbka zębatego. W tej grupie operacji uzyskaliśmy przyłożenie siatkówki we wszystkich oczach.

Porównanie wyników czynnościowych uzyskiwanych w grupach z zastosowaniem opasania gałki i wszczepów nie wykazuje dużych różnic. Należy więc przypuszczać, że pogorszenie czynności oczu ma związek z rozległością odwarstwienia, zmianami zwyrodnieniowymi płamki i obwodu oka w wielu przypadkach stwierdzonymi już przed operacją. W badanym materiale występowały one co prawda nieco częściej w przypadkach po opasaniu gałki, ale do tego typu operacji kwalifikowano chorych o rozleglejszym oderwaniu i odwarstwieniu siatkówki.

Wielkość otworów siatkówki oraz wysokie uniesienie ich brzegów były przyczyną wypuszczenia cieczy podsiatkówkowej w czasie zabiegów operacyjnych. Opiswane w literaturze rezultaty operacji odwarstwienia siatkówki bez punkcji zachęcają do stosowania także tych metod⁶.

Uzyskane przez nas wyniki wskazują na właściwy dobór typu operacji w stosunku do wielkości i położenia oderwania od rąbka zębatego oraz wysokości brzegu odwarstwowanej siatkówki. Wykonane w dużej grupie chorych opasanie gałki powróciło z gałki silikonowej nie wywarło wpływu na pogorszenie czynności oka w porównaniu z mniej rozległymi metodami operacyjnymi.

PIŚMIENNICTWO

1. The Retina Society Terminology Committee: Classification of Retinal Detachment with Proliferative Vitreoretinopathy. *Ophthalmology* 90: 121—125 (1983).
2. Koraszewska-Matuszewska B., Formińska-Kapuscikowa M.: Obustronne odwarstwienie siatkówki w wieku dziecięcym i młodzieńczym. *Klin. oczna* 87: 52—53 (1985).
3. Koraszewska-Matuszewska B., Formińska M., Klepaćki R.: Wgłobienie twardówki z użyciem gałki silikonowej w odwarstwieniu siatkówki u dzieci i młodzieży. *Klin. oczna* 86: 317—319 (1984).
4. Koraszewska-Matuszewska B., Samochowiec-Donocikowa E.: Użycie SF₆ w mikrochirurgii odwarstwienia siatkówki u dzieci. *Klin. oczna* 89: 165—167 (1987).
5. Kreissig I., Pecoldowa K.: Chirurgia odwarstwienia siatkówki bez punkcji płynu podsiatkówkowego. *Klin. oczna* 88: 113—119 (1986).
6. Lincoff H.A., McLean J.M.: Modifications to the Custodis procedure. *Amer. J. Ophthalmol.* 64: 877—879 (1967).
7. Pecoldowa K.: Oderwanie siatkówki od rąbka zębatego. *Klin. oczna* 70: 713—718 (1970).

Praca wpłynęła: 20.04.1988 (nr 5542).

Z Kliniki Okulistyki Dziecięcej AM w Katowicach, kierownik: prof. dr med. Bronisława Koraszewska-Matuszewska

Reprint requests to: Prof. dr med. Bronisława Koraszewska-Matuszewska, ul. Żwirki i Wigury 15 m. 31; 40-063 Katowice, Poland