

urgia odwarstwienia siatkówki bez punkcji płynu pod-siatkówkowego. Klin. oczna 88: 113—119 (1986). — 5. Lincoff H.A., Kreissig I., Lafranco F.P., Parver L.M.: The treatment of retinal detachment with external scleral sponge and without drainage. Amer. Acad. Ophthalmol. Instruction section, course 107: 1—11 (1979). — 6. Lincoff H.A., Kreissig I., Farber M.: Results of 100 aphakic detachments treated with a temporary balloon buckle: a case against routine encircling operations. Brit. J. Ophthalmol. 69: 798—804 (1985). — 7. Michels R.G.: Surgery of retinal detachment with proliferative vitreoretinopathy. Retina 4: 63—83 (1984). — 8. Michels R.G.: Scleral buckling methods for rhegmatogenous retinal detachment. Retina 6: 1—49 (1986). — 9. Ryan S.J.: The pathophysiology of proliferative vitreoretinopathy and its management. Amer. J. Ophthalmol. 100: 188—193 (1985). — 10. Schepens C.L.: Retinal detachment and allied diseases. (Saunders, Philadelphia 1983).

11. Starzycka M., Hydzik M., Górniak-Bednarz A.: Przyczyny niepowodzeń w leczeniu operacyjnym odwarstwienia siatkówki. Analiza 100 przypadków. Klin.

oczna 86: 205—207 (1984). — 12. Starzycka M., Hydzik M.: Wyniki operacyjnego leczenia odwarstwienia siatkówki w oczach bezsoczewkowych. Klin. oczna 86: 201—203 (1984). — 13. Starzycka M., Krukar-Baster K.: Uwagi dotyczące kwalifikacji do zabiegu operacyjnego chorych z odwarstwieniem siatkówki. Klin. oczna 88: 13—15 (1986). — 14. Szweczyk-Bocheńska N., Kęcik T., Kmera-Muszyńska M., Wejner M., Dróbecka-Brydakowa E., Moszczyńska-Kowalska A.: Późne obserwacje chorych z odwarstwieniem siatkówki leczonych metodą opierścienia. Klin. oczna 83: 251—253 (1981). — 15. Yoshida A., Ho P.C., Schepens C.L., McMeel J.W., Duncan J.E.: Severe proliferative vitreoretinopathy and retinal detachment. II. Surgical results with scleral buckling. Ophthalmology 91: 1538—1543 (1984). — 16. Zygulska-Machowa H., Starzycka M.: Opierścienie taśmą silikonową jako metoda w wyborze w leczeniu ciężkich postaci odwarstwienia siatkówki. Klin. oczna 87: 73—75 (1985).

Praca wpłynęła: 7.03.1990 (nr 5751).

NIEPOWODZENIA operacyjne oraz nawroty odwarstwienia siatkówki stanowią stale istotny problem w leczeniu tego schorzenia, mimo postępu w badaniach diagnostycznych i stosowanych technikach operacyjnych^{1, 4, 6, 12}. Celem niniejszego opracowania jest przedstawienie zebranego w ciągu 10 lat materiału klinicznego chorych, u których wykonywano 2 lub 3 operacje odwarstwienia siatkówki.

BADANIA WŁASNE

W latach 1980—1989 reoperacje odwarstwienia siatkówki przeprowadzono u 100 chorych (w 100 oczach), co stanowi 16% wszystkich operowanych w tym czasie odwarstwień siatkówki i 46% przypadków, w których po pierwszym zabiegu nie uzyskano jej przyłożenia.

Wśród badanych było 57 mężczyzn i 43 kobiety, w wieku od 8 do 75 lat, średni wiek wynosił 43 lata. Zgodnie z poprzednio przyjętymi kryteriami klasyfikacji chorych z odwarstwieniem siatkówki do 3 grup zależnie od ciężkości schorzenia¹², do grupy I zaliczono 22% przypadków, do II — 40% i do III — 38%.

U wszystkich 100 osób wykonano 2 zabiegi operacyjne, zaś 15 spośród nich operowano trzykrotnie.

Rodzaj przeprowadzonych zabiegów operacyjnych zestawiono w tab. I, przy czym ze względu na małą liczbę przypadków nie wyodrębniono rodzajów wszczepów (południkowy czy równoleżnikowy) oraz przypadków, w których przy opierścieniu stosowano dodatkowe wszczepy. W grupie „inne” umieszczono przypadki, w których przy reoperacji zakładano dodatkowe szwy na słabo dociągniętą gąbkę, zmieniano położenie wszczepu lub dociągano taśmę opierścieniającą.

Tabela I. Rodzaj i liczba zabiegów operacyjnych

| Rodzaj operacji | I zabieg | II zabieg | III zabieg |
|--------------------|----------|-----------|------------|
| Opierścienie | 38 | 26 | 6 |
| Wszczepy | 42 | 54 | 8 |
| Balon | 11 | — | — |
| Diatermokoagulacja | 9 | 6 | — |
| Inne | — | 14 | 1 |
| Liczba oczu | 100 | 100 | 15 |

Powikłania pooperacyjne stwierdzono w 21% przypadków po I operacji, w 24% po II oraz w 1 przypadku spośród 15 operowanych trzykrotnie (6,6%). Najczęściej były to krwawienia śród-, pod- i przedsiatkówkowe, które wystąpiły w 16 oczach po I zabiegu i w 10 po drugim. U 6 osób po II operacji rozpoznano neuralgię nerwu trójdzielnego, w pojedynczych przypadkach stwierdzono objawy niedokrwienia przedniego odcinka gałki ocznej, odczyn zapalny ze strony tęczówki i ciała rzęskowego oraz obrzęk naczyń. Powikłania te nie miały istotnego wpływu na wyniki leczenia, podobnie jak występujące niekiedy trudności techniczne przy powrotnych zabiegach, związane z nasileniem zmian bliźnowatych w miejscu poprzednich działań operacyjnych.

Analiza przyczyn nieprzyjęcia siatkówki po operacji lub jej ponownego odwarstwienia wykazała, iż po pierwszym zabiegu w 35% przypadków było ono spowodowane nieodpowiednim wgłobieniem twardówki lub

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

Reprint requests to: Doc. dr med. Maria Starzycka, ul. Św. Krzyża 5 m. 6; 31-028 Kraków, Poland

MARIA STARZYCKA i MAŁGORZATA MAZUREK

Reoperacje w leczeniu odwarstwienia siatkówki

REOPERATIONS IN THE TREATMENT OF RETINAL DETACHMENT

Presented is an analysis of the clinical material comprising 100 patients in whom in the period of 1980—1989 one performed reoperations of retinal detachment. It was established that the most frequent causes — as well surgical failures as recurrences — were the vitreoretinal proliferations and the insufficient closing of the holes. Reattachment of the retina after the second operation was attained in 42 p.c. of the eyes and after the third one in additionally 7 p.c. In cases with a reattached retina a very good visual acuity for far was found in 1/4 and for near in 1/2 of operated eyes. The results obtained are encouraging enough for the performance of reoperations.

HASŁA: odwarstwienie siatkówki, reoperacje, wyniki leczenia, przyczyny niepowodzeń

KEY WORDS: retinal detachment, reoperations, treatment results, failure causes

rozluźnieniem się szwów wgłabiających wszczep, w 30% niedostatecznym zablokowaniem otworu, w 9% niewykrytym lub nowym otworem, a w 14% proliferacjami szklistkowo-siatkówkowymi (PVR). W 4% przypadków ponowne odwarstwienie siatkówki spowodowane było urazem, w 8% nie udało się ustalić przyczyny nieprzyjęcia siatkówki. Po drugim zabiegu odwarstwienia siatkówki spowodowane było przez PVR w 30% oczu, w pozostałych przyczyny były następujące: niedostateczne wgłobienie (9%), niezablokowany otwór (4%), niewykryty lub nowy otwór (3%). W 12% przypadków brak było uchwytnej przyczyny. We wszystkich przypadkach, w których nie uzyskano przyłożenia siatkówki po 3 zabiegu występowało PVR.

Porównanie przyczyn nieprzyjęcia się siatkówki po kolejnych operacjach wykazało, iż po II i III zabiegu najczęściej stwierdzano PVR, a po I nieodpowiednie wgłobienie twardówki i odblokowanie otworów.

Dane dotyczące czasu wystąpienia ponownego odwarstwienia i uzyskanych wyników leczenia zestawiono w tab. II.

Tabela II. Wyniki leczenia operacyjnego

| Wynik | po I zabiegu | po II zabiegu | po III zabiegu |
|-------|--------------|---------------|----------------|
| | liczba oczu | liczba oczu | liczba oczu |
| (—) | 65 | 46 | 6 |
| (—) | 35 | 12 | 2 |
| (+) | — | 42 | 7 |

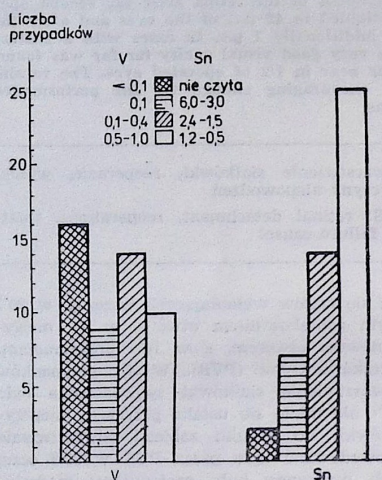
Śród 65 oczu z ujemnym wynikiem po I zabiegu w 27 nie uzyskano w ogóle przyłożenia siatkówki po operacji, w 33 odwarstwienie wystąpiło w czasie pobytu w klinice w okresie od 7 do 25 dni po operacji. W drugiej grupie (+) obejmującej 35 chorych wypisanych z przylegającą siatkówką, nawrót odwarstwienia sianych z przylegającą siatkówką, nawrót odwarstwienia wystąpił w okresie powyżej 1 miesiąca, w tym u 21

chorych przed upływem pół roku od operacji, u 13 w okresie od 1 do 4 lat i u jednego chorego po 11 latach.

Po II zabiegu operacyjnym, spośród 46 oczu z ujemnym wynikiem, nie uzyskano przyłożenia siatkówki w 32 oczach, w 14 ponowne odwarstwienie wystąpiło w ciągu 3 tygodni po operacji. W 12 oczach, nawrót odwarstwienia siatkówki wystąpił w okresie od miesiąca do 2 lat, w tym w 5 powyżej pół roku. Trwałe przyłożenie siatkówki uzyskano w 42 przypadkach.

Po III operacji siatkówka nie przyłożyła się w 6 oczach, w 2 ponowne odwarstwienie nastąpiło po 3 i 4 miesiącach. W 7 oczach uzyskano przyłożenie siatkówki.

Wyniki badania ostrości wzroku w dal i z bliska u 49 chorych z przyłożoną siatkówką przedstawiono na ryc. 1.



Ryc. 1. Ostrość wzroku w dal i z bliska po leczeniu operacyjnym.

Ostrość wzroku w dal powyżej 0,1 uzyskano w połowie przypadków, w tym w 10 oczach (20,5%) wynosiła ona 0,5 i lepiej. Ostrość wzroku z bliska 1,0 i lepiej stwierdzono w 26 oczach (53%), a jedynie 2 osoby nie czytały tablicy Snellena do blży.

OMÓWIENIE

W przypadkach ujemnego wyniku leczenia operacyjnego odwarstwienia siatkówki wyodrębnia się niepowodzenia wczesne, związane bezpośrednio z operacją oraz późne określane jako nawroty lub wznowy. Większość autorów za nawrót uważa ponowne odwarstwienie siatkówki po upływie 6 miesięcy od operacji¹. Zdaniem innych jako wznowę należy traktować wszystkie przypadki, w których do odwarstwienia siatkówki doszło po wypisaniu chorego ze szpitala^{1, 2}. W naszym materiale zarówno po pierwszym zabiegu jak i po reoperacjach przeważały przypadki niepowodzeń wczesnych (65% i 79%), a wśród nawrotów odwarstwienie po upływie 6 miesięcy stwierdzono w 14% oczu po pierwszym zabiegu i w 8% po reoperacjach.

Przyczyny nieprzyłożenia się siatkówki po operacji lub jej ponownego odwarstwienia stwierdzone w naszym materiale nie różnią się od danych innych autorów^{1, 2, 3, 7, 12}. Do najczęstszych przyczyn niepowodzeń zalicza się obe-

nie PVR oraz niedostateczną blokadę otworów, często związaną z nieodpowiednim wgłobieniem twardówki. Dokonana analiza statystyczna nie wykazała w naszym materiale zależności między przyczyną a czasem ponownego odwarstwienia siatkówki. Stwierdzono natomiast, że statystycznie znamienne częściej przyczyną niepowodzeń po pierwszym zabiegu była niedostateczna blokada otworów lub nieodpowiednie wgłobienie, a po reoperacjach PVR. Nie można jednak wykluczyć, że zależność ta jest następstwem nie podejmowania kolejnych zabiegów w przypadkach z PVR typu C₃ i D.

Porównanie rodzaju i częstości występowania powikłań po pierwszym zabiegu i po reoperacjach nie wykazało istotnych różnic. Nie stwierdzono także różnic w porównaniu z poprzednim naszym opracowaniem dotyczącym powikłań w leczeniu operacyjnym odwarstwienia siatkówki 355 przypadków³.

Nasilenie zmian bliznowatych po poprzednich zabiegach różniło się znacznie w poszczególnych przypadkach, wykazując zależność od czasu jaki upłynął od poprzedniej operacji, co jest zgodne z obserwacjami Schepensa⁴. Nie występowała natomiast zależność między rodzajem zabiegów a rozległością zbliznowaceń.

Przyłożenie siatkówki po drugim zabiegu operacyjnym uzyskano w 42% operowanych oczu, a po trzecim dodatkowo w 7%, co poprawiło odsetek dodatnich wyników w całym materiale operowanych w tym czasie osób z 66% na 74%. Należy zaznaczyć, iż 78% reoperowanych oczu należało do ciężkich i bardzo ciężkich odwarstwień siatkówki, w których zgodnie z naszym wieloletnim doświadczeniem przyłożenie siatkówki uzyskuje się w około 50–60% przypadków^{10, 11}.

Analiza ostrości wzroku w dal i z bliska, w przypadkach z przyłożoną po reoperacjach siatkówką, wykazała bardzo dobrą ostrość wzroku w dal w 1/4, a z bliska w połowie operowanych oczu. Wartości te nie odbiegają od obserwowanych w ciężkich przypadkach odwarstwień siatkówki, w których dodatni wynik uzyskano po pierwszym zabiegu.

Przedstawione wyniki zachęcają do podejmowania powtórnych zabiegów zarówno w przypadkach niepowodzeń operacyjnych jak i nawrotów. Brak sukcesu po reoperacjach wiąże się najczęściej z rozwojem PVR, czego w większości przypadków nie można z góry przewidzieć.

PIŚMIENNICTWO

- Bartkowska-Orłowska M., Przybył-Ereńska K., Bouch-Cieślińska K.: Wznowy odwarstwienia siatkówki. Klin. oczna 46: 1249–1254 (1976). — 2. Chignell A.H.: Retinal detachment surgery. (Springer, Berlin 1980). — 3. Cowley M., Conway B.P., Campochiaro P.A., Kaiser D., Gaskin H.: Clinical risk factors for proliferative vitreoretinopathy. AMA Arch. Ophthalmol. 107: 1147–1151 (1989). — 4. Gierczyński A.: Wyniki powtórnego operściennienia gałki ocznej wg Arrugi. Klin. oczna 81: 279–280 (1979). — 5. Kański J.J.: Retinal detachment. A colour manual of diagnosis and treatment. (Butterworths, London 1986). — 6. Menezes J.L., Suarez R., Frances J.: Clinical survey of the forms, number and localization of retinal tears in cases of relapses and recurrences in retinal detachment. Ophthalmologica 174: 210–216 (1977). — 7. Moisseiev J., Glaser B.M.: New and previously unidentified retinal breaks in eyes with recurrent retinal detachment with proliferative vitreoretinopathy. AMA Arch. Ophthalmol. 107: 1152–1154 (1989). — 8. Schepens C.L.: Retinal detachment and allied diseases. (Saunders, Philadelphia 1983). — 9. Starzycka M.: Powikłania w leczeniu operacyjnym odwarstwienia siatkówki. Klin. oczna 86: 529–531 (1984). — 10. Starzycka M., Hydzikowa M., Górniak-Bednarzowa A.:

Przyczyny niepowodzeń w leczeniu operacyjnym odwarstwienia siatkówki. Analiza 100 przypadków. Klin. oczna 86: 205–207 (1984).

11. Starzycka M., Górniak-Bednarz A., Kobylarz J.: Odległe wyniki leczenia operacyjnego odwarstwienia siatkówki metodą opierścienia taśmą silikonową.

Klin. oczna 93: 343–346 (1991). — 12. Świetlicka I., Braćiak W.: Wpływ liczby zabiegów i metod operacji na wyniki chirurgicznego leczenia odwarstwienia siatkówki. Klin. oczna 85: 207–209 (1983).

Praca wpłynęła: 7.03.1990 (nr 5750).

(ed. ze str. 339)

17. Nowotwory, choroby ogólne a oko

RUBEN J. B., MORRIS R. J., JUDISCH G. F.: Zwrodnienie naczyńiówki i siatkówki w zespole Alberta-Schonberga (Chorioretinal Degeneration in Infantile Malignant Osteoporosis). Amer. J. Ophthalmol. 110: 1–5 (1990).

Badano dwóch pacjentów z zespołem marmurkowatym kości, obniżeniem ostrości wzroku oraz zmniejszoną amplitudą zapisu erg i zmianami naczyńiówkowo-siatkówkowymi w plamce. Doniesienie sugeruje hipotezę, iż pacjenci z tym zespołem mają obniżone widzenie z powodu pierwotnego zwrodnienia siatkówki, które może być związane z centralnym zwrodnieniem neuronów.

Iwona Cieślińska

CATALANO R.A., SIMON J.W.: Uniesienie tarczy n. wzrokowego w zespole Downa (Optic Disk Elevation in Down's Syndrome). Amer. J. Ophthalmol. 110: 28–31 (1990).

U 5 dzieci, które miały zespół Downa z uniesieniem tarczy n. II nie znaleziono zmian wewnątrzczaszkowych. U 3 wykonano CT. Częściowe, całkowite lub okresowe cofnięcie się uniesienia tarczy stwierdzono u 3 dzieci. U żadnego nie było poszerzenia naczyń siatkówki, charakterystycznych wybroczyn, druzów tarczy, następowej atrofii nerwu czy też postępującego pogorszenia widzenia. Wszystkie te dzieci były nadwzrocznymi, ale tylko u jednego nadwzroczność przekraczała +3,5 D.

Iwona Cieślińska

18. Chirurgia, znieczulenie

NELSON C.C., PASYK K.A., DOOTZ G.L.: Osłona oka u pacjentów leczonych laserem (Eye shield patients undergoing laser treatment). Amer. J. Ophthalmol. 110: 39–43 (1990).

Autorzy wykorzystali osłonę do oka wykonaną z warstw PMMA i oleju tynfionowego w celu ochrony rogówki i siatkówki przed nieumyślnym zranieniem w czasie leczenia laserem argonowym, neodymowym: YAG czy innym laserem światła barwnego. Są one bezpieczne, wygodne i łatwe do użycia i pielęgnacji. Dotychczas stosowane osłony były barwy zielonej — jednak z uwagi na to, iż mogły pochłaniać światło lasera uszkadzały samą osłonę a dalej kłanki oka. Próbowano wykorzystać także osłony z nierdzewnej stali jednak poza tym, że były grube i ciężkie, dawały niebezpieczeństwo luźnych obłasków.

Iwona Cieślińska

STANOWSKY A., KREY H.F., KOPP J., KANTZ W., WAGNER T.: Naświetlanie złośliwego czerniaka powieki płytką z jodem promieniotwórczym 125 (Irradiation of malignant eyelid melanoma with iodine 125 plaque). Amer. J. Ophthalmol. 110: 44–48 (1990).

Autorzy zastosowali kontaktowe naświetlanie jodem 125 w celu leczenia dużych rozmiarów wrzodzącego guza w celu leczenia dużych rozmiarów wrzodzącego guza w celu leczenia amelanotycznego czerniaka powieki z przerzutowego węzłów chłonnych u 80-letniej kobiety do okolicznych węzłów chłonnych u 80-letniej kobiety. Sposób zastosowania był podobny do naświetlania płytką z jodem w przypadku złośliwego czerniaka naczyńiówki. Aplikator wykonany był z przezroczystego PMMA i zawierał jod 125. Codziennie przeprowadzano badanie okulistyczne, tonometrię oraz podawano antybiotyki, radioterapię kończono po 176,2 h. Rozmiary guza z 42 × 25 × 9 mm po 14 miesiącach zmniejszyły się do 8 × 8 × 2 mm. Guz prawie całkowicie cofnął się. Metoda jest efektywna, musi być jednak powtarzana przez długi okres. Autorzy sugerują, iż takie aplikatory można też zastosować także w przypadku innej lokalizacji nieoperacyjnych czerniaków.

Iwona Cieślińska

(ed. na str. 351)