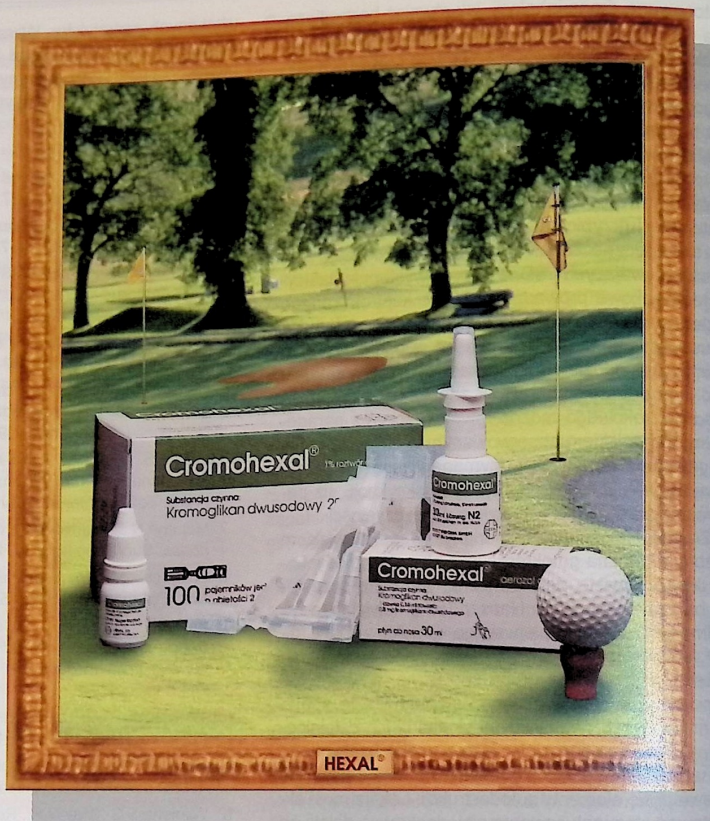


**Cromohexal**<sup>®</sup>  
kromoglikan dwusodowy



## Wielokierunkowe działanie przeciwalergiczne - blokuje wczesną i późną reakcję alergiczną

Wskazania:

- Ostre i przewlekłe alergiczne zapalenie spojówek
- Sezonowy i całoroczny alergiczny nieżyt błony śluzowej nosa
- Profilaktyka dychawicy oskrzelowej o podłożu alergicznym
- Zapobieganie występowaniu napadów dychawicy oskrzelowej

⇒ **Cromohexal<sup>®</sup> krople do oczu 2%**

Opakowania: 5 ml lub 10 ml.  
Pojemniki jednorazowe 0,5 ml po 20 i 50 sztuk

⇒ **Cromohexal<sup>®</sup> aerozol do nosa 2%**

Opakowania: 30 ml roztworu

⇒ **Cromohexal<sup>®</sup> roztwór do inhalacji 1%**

Opakowania: pojemniki jednorazowe 2 ml po 50 i 100 sztuk

Dawkowanie:

Cromohexal<sup>®</sup> krople do oczu 2%: 4 x dziennie 1-2 krople do worka spojówkowego każdego oka.  
Cromohexal<sup>®</sup> aerozol do nosa 2%: 4 x dziennie po jednym rozpyleniu do każdego otworu nosowego  
Cromohexal<sup>®</sup> roztwór do inhalacji 1%: 4 x dziennie po 2 ml roztworu (20 mg) w postaci inhalacji (należy podawać za pomocą nebulizatora na sprężone powietrze przez maskę lub ustnik)

MZIOS Świad. Rej. nr: 6135, 6150, 6453

Informacja naukowa: HEXAL<sup>®</sup> Pharma - POLSKA Sp. z o.o.  
02-675 Warszawa, ul. Wołoska 16, tel. (wieloliniowy): 6409 333, fax: 6409 332, <http://www.hexal.com.pl>, e-mail: [hexalpol@hexal.com.pl](mailto:hexalpol@hexal.com.pl)  
Producent: HEXAL<sup>®</sup> AG, 83607 Holzkirchen, Niemcy

## Prace kazuistyczne

Klinika Oczna 1997, 99 (5): 331-334  
ISSN 0023-2157 Indeks 362 646

### Obustronne, izolowane zapalenie tylnej części twardówki

Bilateral isolated posterior scleritis – case report

Grażyna Popiela, Maria Hanna Niżankowska, Mirosław Słowik, Magdalena Koziorowska

**Abstract:** A case of 44-year-old man is presented with no simultaneous bilateral posterior scleritis with amelanotic chorioidal mass initially diagnosed as intraocular tumor. The patient showed the features of nodular posterior scleritis without associated systemic disease. The case presented symptoms of severe eye pain, unilateral proptosis, hyperemia and dilatation of scleral, episcleral and conjunctival vessels. Diagnosis was made on the basis of B-scan ultrasonography. Differential diagnosis excluded melanoma malignum chorioideae, orbital cellulitis, Graves ophthalmopathy, orbital cellulitis, cavernous sinus thrombosis and carotid-cavernous fistula. The patient did not respond well to systemic steroids given in high doses and during slow tapering at the dose of 30 mg prednisone once per day the symptoms of uveal effusion syndrome occurred. After 10 months of steroid therapy the signs of disease like mild hyperemia and tenderness were still present. The adjunction of cyclosporin improved the disease and caused the remission.

**Słowa kluczowe:** zapalenie tylnego odcinka twardówki, cechy kliniczne, różnicowanie, leczenie

**Key words:** posterior scleritis, clinical features, differential diagnosis, treatment

Zapalenie tylnej części twardówki (*scleritis posterior*) jest chorobą rzadko rozpoznawaną, zazwyczaj występującą w formie zapalenia ziarninującego, umiejscowionego ku tyłowi od równika gałki ocznej. Stanowi ono około 20% wszystkich zapaleń twardówki.

Klinicznie choroba przebiega w dwóch formach:

- 1) martwiczej, z towarzyszącym zapaleniem okolicznych tkanek, w których są obserwowane elementy martwicy rozplywnej;
- 2) niemartwiczej, przebiegającej w formie rozlanego lub guzowatego nacieku zapalnego, bez ognisk martwicy.

Schorzenie w 80% przypadków występuje łącznie z zapaleniem przedniego odcinka twardówki – *scleritis anterior*. W pozostałych 20% przypadków ma miejsce izolowane zapalenie tylnej części twardówki, przebiegające z reguły jednostronnie. Chorobie w około 30%

przypadków towarzyszą autoimmunologiczne schorzenia tkanki łącznej, takie jak: reumatoidalne zapalenie stawów, ziarniniak Wegenera, zespół Cogana, wieloguzkowe zapalenie tętnic, uogólniony toczeń rumieniowaty (5, 6).

Obraz kliniczny zapalenia tylnego odcinka twardówki charakteryzuje się występowaniem zespołu objawów, do których należą: ból i wytrzeszcz gałki ocznej z ograniczeniem jej ruchomości, a także obniżenie ostrości wzroku, z tak niepokojącymi zmianami na dnie oka, jak obrzęk tarczy nerwu wzrokowego, wysiękowe odwarstwienie siatkówki i naczyńówki oraz krwotoki. Ten nieswoisty obraz w zależności od przewagi poszczególnych objawów może imitować zarówno rozlany proces zapalny w oczodole, jak i zapalenie nerwu wzrokowego, otworopochodne odwarstwienie siatkówki lub też odwarstwienie wtórne, spowodowane guzem nowotworowym naczyńówki (2, 6).

Celem niniejszego doniesienia jest przedstawienie przypadku izolowanego, obustronnego zapalenia tylnej części twardówki, ze szczególnym uwzględnieniem diagnostyki różnicowej oraz zastosowanego leczenia i jego wyników.

Z Katedry i Kliniki Okulistyki AM we Wrocławiu  
Kierownik: *prof. dr hab. Maria Hanna Niżankowska*

Adres do korespondencji (Reprint requests to):  
Dr med. Grażyna Popiela  
ul. Nenufarowa 3  
52-233 Wrocław

**Opis przypadku**

Mężczyzna lat 44, został skierowany z jednego z wojewódzkich oddziałów okulistycznych do Kliniki Okulistyki AM we Wrocławiu z rozpoznaniem guza ciała rzęskowego w oku prawym. Wśród objawów podmiotowych niepokojących chorego dominowały silne bóle obu gałek ocznych oraz obniżenie ostrości wzroku prawego oka wraz z jego wytrzeszczem.

Badanie tomograficzne oczodołów, a także badanie przedmiotowe i prawidłowe poziomy hormonów tarczycowych wykonane podczas hospitalizacji na oddziale terenowym wykluczyły orbitopatię endokrynną oraz zapalenie mięśni zewnętrznych oka jako przyczynę opisywanych dolegliwości. Rozpoznanie guza ciała rzęskowego postawiono na podstawie badania dna oka, gdzie był widoczny amelanotyczny, uniesiony twór, ostro odgraniczony od zdrowej tkanki i umiejscowiony przy rąbku zębatym w kwadrancie górnoskroniowym.

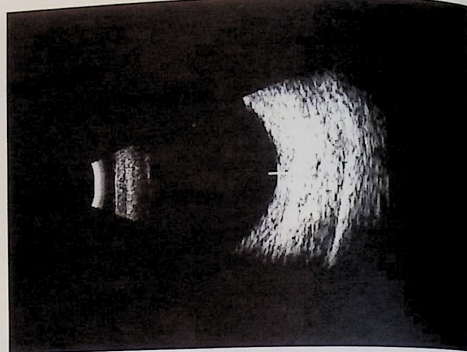
Badanie w Klinice wykazało miernego stopnia obniżenie ostrości wzroku prawego oka (w dal=0,4, z bliska=0,75 D po korekcji) przy prawidłowej ostrości wzroku oka lewego. Rozpoznanie barw na tablicach Ishihary było obustronnie prawidłowe, podobnie jak pole widzenia badane perymetrem OCTOPUS 101 w programie ST.

Badanie egzofthalmometrem Hertla wykazało poziom szczytu rogówki 24 mm po stronie prawej i 18 mm po stronie lewej. Oko pozostające w wytrzeszczu, podobnie jak oko drugie, miało zachowaną ruchomość, ale także silne przekrwienie bierne i poszerzenie naczyń okolorąbkowych. Ciśnienie wewnątrzgałkowe w oku prawym wynosiło 24 mm Hg, a w oku lewym 20 mm Hg. Badanie dna oczu w trójustrze Goldmanna wykazało w oku prawym zatarcie granic tarczy nerwu wzrokowego oraz poszerzenie naczyń żylnych, przy prawidłowym obrazie plamki oraz braku zmian patologicznych na obwodzie dna, poza drobnym, bliznowatym ogniskiem barwnikowym średnicy 1/2 dd w pobliżu rąbka zębatego w kwadrancie górnoskroniowym. W oku lewym tarcza nerwu wzrokowego wykazywała również nieostre granice, a na obwodzie, w kwadrancie górnoskroniowym w pobliżu rąbka zębatego istniały dwa ogniska przegrupowania barwnika średnicy ok. 1/4 dd.

Badaniem USG stwierdzono pogrubiałą ścianę prawej gałki ocznej z towarzyszącym jej obrzękiem pod torebką Tenona, zlokalizowanym okolorównikowo. Poza tym tkanki oka i oczodołu oraz mięśnie nie wykazywały zmian widocznych w badaniu USG (ryc. 1).

Na podstawie danych z wcześniejszej hospitalizacji, powyższego obrazu klinicznego oraz wyniku USG zostało postawione rozpoznanie zapalenia tylnej części twardówki w okresie częściowej remisji i rozpoczęto leczenie niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi. Dodatkowe badania immunologiczne, jak również badania internistyczne i reumatologiczne wykluczyły współistnienie chorób z autoagresji.

Brak efektu leczenia po 7 dniach spowodował dołączenie do terapii enkortonu w ilości 1 mg/kg mc/dobę w dawkach podzielonych. W trakcie leczenia, po 10 dniach, wystąpiło postępujące pogorszenie stanu



Ryc. 1. Badanie USG B oka prawego. Pogrubienie ściany gałki ocznej. Obrzęk pod torebką Tenona, szczególnie z przodu  
Fig. 1. USG B examination of the right eye. Thickening of the eye ball wall. Oedema under Tenon's capsule. Particularly in the anterior part

miejscowego. Bóle obu gałek ocznych nasilały się, przekrwienie bierne objęło również gałkę lewą. Pogarszała się systematycznie ostrość wzroku obojga oczu, a ciśnienie śródgałkowe wzrosło obustronnie do 30 mm Hg. Na dnie oka prawego pojawiły się zmiany patologiczne, pod postacią obrzęku tarczy nerwu wzrokowego oraz plamki. W oku lewym nastąpiło natomiast wysiękowe odwarstwienie siatkówki w kwadrantach dolnych (ryc. 2).



Ryc. 2. USG B oka lewego. Odwarstwienie siatkówki w kwadrantach dolnych  
Fig. 2. USG B of the left eye. Retinal detachment in lower quadrants

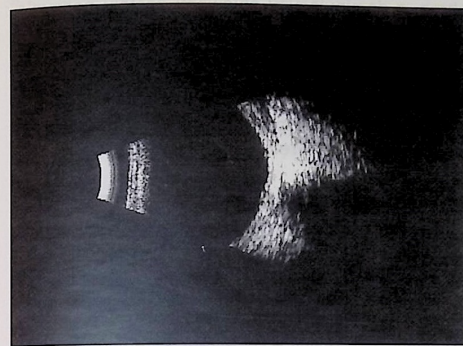
Bierne przekrwienie i obrzęk spojówek gałkowych obojga oczu nasilały się w pozycji leżącej, szczególnie po nocy, a ustępowały w ciągu dnia, kiedy chory pozostawał w pozycji pionowej.

Postęp choroby pomimo leczenia przeciwzapalnego i narastające objawy zastójnego wraz z jego następstwami wskazywały na zmiany w obrębie zatok jamistych lub/i zlewiska żyły czczej górnej.

Wykonane badania USG tarczycy oraz węzłów chłonnych szyi i śródpiersia, scyntygrafia tarczycy, warstwowe prześwietlenie płuc, badanie przepływu w tętnicach szyjnych metodą Dopplera oraz badanie przepływu w naczyniach wewnątrzczaszkowych i za-

tokach jamistych za pomocą Color Doppler Tomography pozwoliły wykluczyć zespół żyły czczej górnej, a także drobne przetoki w obrębie zatok jamistych jako przyczynę choroby.

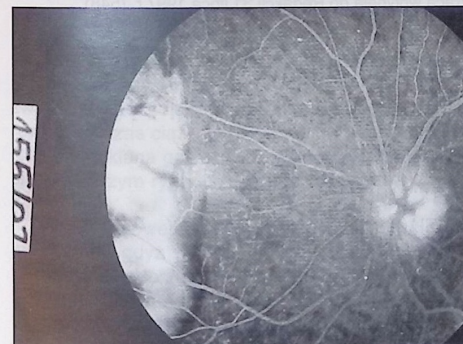
Kolejne badanie USG obu gałek ocznych potwierdziło poprzedni typowy obraz dla zapalenia tylnej części twardówki, tym razem w obojgu oczach (ryc. 3).



Ryc. 3. USG B oka prawego. Obszar hipoechogeny w przestrzeni nadtwardówkowej  
Fig. 3. USG B of the right eye. Hypoechogenic area in the episcleral space

Włączono zatem leczenie przeciwzapalne, podając dożylnie deksawen w dawce 12 mg/dobę. Po 4 tygodniach terapii nastąpiła wyraźna poprawa, polegająca na ustępowaniu objawów miejscowych oraz poprawie ostrości wzroku.

Badanie angiograficzne wykazało na dnie oka lewego, w obu kwadrantach nosowych, rozległe obszary bliznowacenia z zanikami naczyńkowymi przedstawione na rycinie 4.



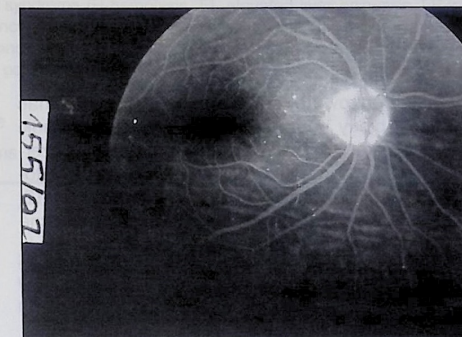
Ryc. 4. Obraz angiograficzny oka lewego. W kwadrantach nosowych hiperfluorujące, pozapalne ogniska zaniku siatkówkowo-naczyniówkowego otoczone wąskim pasmem przegrupowanego barwnika. Przekrwienie tarczy nerwu II  
Fig. 4. Angiofluorography of the left eye. Hyperfluorescent postinflammation foci of retino-choroidal atrophy, surrounded by narrow band of the rearranged pigment. Hyperaemia of the disc

Tarcza nerwu wzrokowego nadal była przekrwiona, a w plamce rozwinął się obraz obrzęku torbielowatego (ryc. 5).



Ryc. 5. Obraz angiograficzny torbielowatego obrzęku w oku lewym  
Fig. 5. Angiofluorography of cystoid oedema in the left eye pigment

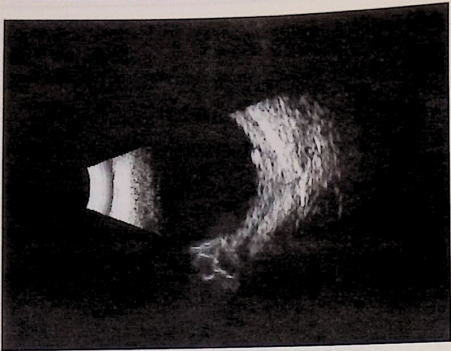
Na dnie oka prawego ustąpiły objawy przekrwienia tarczy nerwu wzrokowego i obrzęku w obszarze plamkowym. Jedynym objawem choroby pozostałym w oku prawym było pofałdowanie błony naczyniowej widoczne w obrazie a-f (ryc. 6).



Ryc. 6. Pofałdowanie błony naczyniowej w obrazie a-f oka prawego  
Fig. 6. Angiofluorography of the right eye. Uveal rugosity

Po uzyskaniu poprawy zmniejszono dawkę steroidów, zastępując podawany dożylnie deksawen enkortonem w dawce 1 mg/kg mc/dobę. Leczenie kontynuowano przez 9 miesięcy ostrożnie obniżając dawkę dobową leku. Jednakże przy próbie zmniejszenia dawki <30 mg/dobę występował nawrót objawów chorobowych w obojgu oczach. W badaniach kontrolnych przeprowadzonych po 6 miesiącach terapii uwidoczniła się z kolei w lewym oku amelanotyczna zmiana guzowata w pobliżu rąbka zębatego, w okolicy przyczepu mięśnia prostego przysródkowego (ryc. 7).

Przewlekłe podawanie steroidów spowodowało u chorego wystąpienie cech jatrogennego zespołu Cushinga, co zdecydowało o zmianie leczenia i rozpoczęciu immunosupresji cyklosporyną (4, 7). Lek podawano doustnie w dawce 5 mg/kg mc/dobę, początkowo łącznie z enkortonem w dwóch dawkach podzielonych. Z chwilą osiągnięcia terapeutycznego poziomu cyklosporyny we krwi enkorton odstawiono.



Ryc. 7. Guzowata zmiana w obrazie USG w oku lewym przy przy-czepie mięśnia prostego wewnętrznego. Pogrubienie ściany gałki ocznej

Fig. 7. USG of the left eye. Tumor-like lesion near attachment of the straight interior muscle

Całkowitą remisję objawów uzyskano po 8 tygodniach terapii. Leczenie podtrzymujące prowadzono tak, aby poziom cyklosporyny we krwi mięścił się w przedziale 120-140 mikrogramów/ml.

#### Omówienie

Zapalenie tylnej części twardówki przebiegające w postaci guzowatej może klinicznie przypominać czerniaka błony naczyniowej. Opisywano przypadki usuniętych galek ocznych z mylnie rozpoznaniem czerniakiem błony naczyniowej, w których badanie histopatologiczne wykazywało cechy *scleritis posterior* (2, 3). Benson i wsp. (1) przedstawili kryteria pomocne w różnicowaniu zapalenia tylnej części twardówki i czerniaka błony naczyniowej. Najważniejszym badaniem różnicującym jest badanie ultrasonograficzne gałki ocznej i oczodołu. Cechami charakteryzującymi

*scleritis posterior* w obrazie USG jest wysoka amplituda echa odbitego od wewnętrznej powierzchni guzkowatego uniesienia, pogrubienie ściany gałki w obrębie zapalenia, a także obecność strefy hipoechogennej w obszarze pozagałkowym, która świadczy o pozagałkowym obrzęku.

Przedstawiony przypadek obustronnego zapalenia tylnej części twardówki prezentował nietypowy obraz, z dominującymi objawami zastoju naczyniowego oraz uporczywym, długo trwającym przebiegiem. Dowodzi to, że zarówno rozpoznanie, jak i leczenie tej formy zapalenia twardówki może nastęczyć wiele trudności, zwłaszcza wtedy, gdy reakcja na konwencjonalne sposoby terapii nie tylko nie jest zadowalająca, ale wręcz paradoksalna.

#### Piśmiennictwo

1. Benson W.E.: *Posterior scleritis*. Surv. Ophthalmol., 1988, 32, 297-316.
2. Benson W.E., Shields J.A., Tasman W., Crandall A.S.: *Posterior scleritis: a cause of diagnostic confusion*. Arch. Ophthalmol., 1979, 97, 1482-1486.
3. Finger P.T., Penny H.D., Packer S., Erdey R.A., Wiesman G.D., Siboney P.A.: *Posterior scleritis as an intraocular tumor*. Arch. Ophthalmol., 1990, 108, 1170-1171.
4. Hakin K.N., Ham J., Lightman S.L.: *Use of cyclosporin in management of steroid dependent non-necrotizing scleritis*. Br. J. Ophthalmol., 1991, 75, 340-341.
5. Kanski J.J.: *Okulistyka kliniczna*. Wydanie I polskie pod redakcją Zbigniewa Zagórskiego. Wydawnictwo Lekarskie Urban & Partner, Wrocław, 1997, 148-149.
6. Tuft S.J., Watson P.G.: *Progression of scleral disease*. Ophthalmology, 1991, 98, 467-471.
7. Wakfield D., McCluskey P.: *Cyclosporin therapy for severe scleritis*. Br. J. Ophthalmol., 1989, 73, 743-746.

Praca wpłynęła do Redakcji 31 lipca 1997 r. (548)

## Prace kazuistyczne

Klinika Oczna 1997, 99 (5): 335-337  
ISSN 0023-2157 Indeks 362 646

### Objawy oczne w zespole HELLP

#### Ocular manifestations of the HELLP syndrome

Elżbieta Sędrowicz, Ewa Dróbecka-Brydak, Justyna Teliga-Czajkowska<sup>1</sup>

**Abstract:** A 23-year old female patient diagnosed as HELLP syndrome (H-hemolysis, EL-elevated liver enzymes, LP-low platelets) was admitted during her 34th week of first pregnancy. After caesarean section she received hypotensive and anticoagulant treatment and blood transfusion. Her general condition was improved. The ocular manifestations (i.e. blurred vision, retinal oedema nad hemorrhages) were seen on the 10th postpartum day in both eyes. The ocular changes disappeared 4 months later.

**Słowa kluczowe:** zespół HELLP, gestoza, objawy oczne

**Key words:** HELLP syndrome, gestosis, ocular symptoms

W 1982 r. Weinstein (8) opisał zespół HELLP (H – *hemolysis*, EL – *elevated liver enzymes*, LP – *low platelet count*) mogący występować u chorych z gestozą.

Gestoza jest powikłaniem dotyczącym ok. 5% ciężarnych, a częstość występowania zespołu HELLP u tych kobiet waha się od 4 do 12% (7). Objawy związane z zespołem HELLP mogą pojawiać się zarówno podczas ciąży, jak i we wczesnym połogu (6). Cięża powikłana gestozą i zespołem HELLP jest obciążona dużym ryzykiem śmiertelności matki i dziecka (7).

W początkowej fazie rozpoznanie zespołu HELLP jest trudne, gdyż występujące w ok. 90% przypadków bóle w nadbrzuchu lub prawym podżebrzu mogą być rozpoznawane jako objaw zapalenia wątroby, kamicy żółciowej lub zapalenia trzustki. W późniejszym okresie pogarszający się stan ogólny ciężarnej i nieprawidłowe wyniki badań laboratoryjnych (obni-

żenie poziomu hemoglobiny i liczby płytek krwi, podwyższone wartości transaminaz) mogą wskazywać na zespół HELLP.

Ze względu na to, że w piśmiennictwie znaleziono jedynie pojedyncze doniesienia o zmianach w narządzie wzroku u chorych z zespołem HELLP (2, 4, 5, 9), za celowe uznano przedstawienie obserwowanego przez nas przypadku.

#### Opis przypadku

23-letnia chora w 34. tygodniu I ciąży została przyjęta do II Kliniki Położnictwa i Ginekologii AM z rozpoznaniem gestozy, zespołu nerczycowego w przebiegu kłębkowego zapalenia nerek, małowodzia oraz z podejrzeniem hipotrofii płodu. Z wywiadu wynika, że w dzieciństwie pacjentka przebyła kłębkowe zapalenie nerek, poza tym była ogólnie zdrowa. Od 33. tygodnia ciąży pojawiły się obrzęki, początkowo kończyn dolnych i rąk, przechodzące w obrzęki uogólnione, oraz nadciśnienie tętnicze do 190/130 mm Hg wraz z białkomoczem do 5 g/dobę. Przy przyjęciu do kliniki wykonano rutynowe badania laboratoryjne i stwierdzono: Hb – 7,6 g/dL, płytki – 119 tys./ $\mu$ L, AST – 48 U/l, AlAT – 65 U/l (norma do 20 U/l), bilirubina – 1,5 mg%, kreatynina – 1,3 mg%, czynniki krzepnięcia w dolnych granicach normy. Ciśnienie tętnicze utrzymywało się na poziomie 170/105 mm Hg mimo leczenia

<sup>1</sup> I Katedry i Kliniki Chorób Oczu AM w Warszawie  
Kierownik: prof. dr hab. Tadeusz Kęciak

<sup>2</sup> II Katedry i Kliniki Położnictwa i Ginekologii AM w Warszawie  
Kierownik: prof. dr hab. Jadwiga Kuczyńska-Sicińska

Adres do korespondencji (Reprint requests to):  
Lek. med. Elżbieta Sędrowicz  
ul. Drewnicka 4/110  
05-091 Ząbki