

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 zastój 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-Czajkowska¹

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.

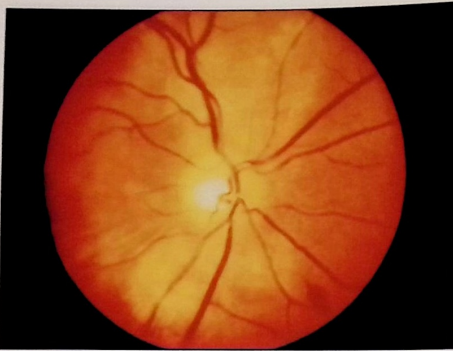
Opis przypadku

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./ μ 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

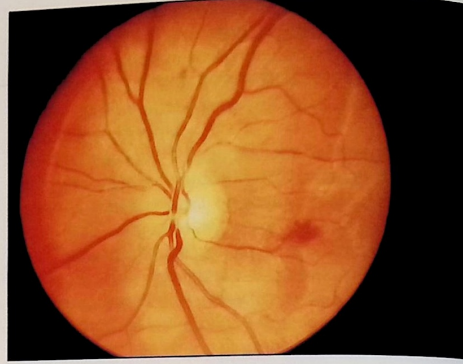
¹ I Katedry i Kliniki Chorób Oczu AM w Warszawie
Kierownik: prof. dr hab. Tadeusz Kęciak

² 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



Ryc. 1. Dno oka prawego
Fig. 1. Right eye fundus



Ryc. 2. Dno oka lewego
Fig. 2. Left eye fundus

nia hipotensyjnego. Ze względu na podejrzenie zespołu HELLP ciążę ukończono cięciem cesarskim. Dziecko płci męskiej o masie 1600 g, długości 43 cm uzyskało w skali Apgar w 1. i 5. minucie 9 na 10 możliwych punktów. Pacjentka otrzymała krew, osocze oraz albuminy. W pierwszej dobie pooperacyjnej nasiliły się objawy zespołu HELLP (Hb – 8,3 g/dL, płytki – 194 tys./ μ L, AST – 100 U/L, AlAT – 110 U/L, FDP – 4000 ng/ml). Z objawami obrzęku płuc i utrzymującym się nadciśnieniem tętniczym (220-250/120-150 mm Hg) pacjentka została przekazana do Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej, gdzie podawano leki hipotensyjne, przeciwkrzepliwie, przetoczono krew i osocze. Po tygodniu pacjentkę ponownie wypisano do kliniki w stanie ogólnym dobrym, z ciśnieniem tętniczym 140/90-100 mm Hg, prawidłową funkcją wątroby i układu krzepnięcia, anemią (Hb – 10,9 g/dL) i utrzymującym się białkomoczem (18 g/dobę).

W 10. dniu połogu chora była konsultowana okulistycznie z powodu pogorszenia ostrości wzroku oka prawego. W badaniu stwierdzono ostrość wzroku w dal oka prawego 0.4 kor. nie poprawiała, oka lewego prawidłową. Ostrość wzroku z bliska OP – 0,5 cc+1.0 D, OL=0,5 s.c. Przedni odcinek obojga oczu prawidłowy.

Dno OP: Tarcza nerwu II o granicach zatartych od nosa, jasnoróżowa. Obrzęk siatkówki wokół tarczy i w pęczku tarczowo-plamkowym obejmujący plamkę żółtą. Naczynia tętnicze wąskie. Zaznaczone delikatne objawy ucisku na skrzyżowaniach tętnico-żylnych. W kwadrancie dolnonosowym 1,5 DD od tarczy płomykowata wybroczyna. Pod plamką żółtą ognisko depigmentacji (ryc. 1).

Dno OL: Tarcza nerwu II o granicach zatartych od nosa, jasnoróżowa. Niewielki obrzęk siatkówki wokół tarczy nie dochodzący do plamki żółtej. Stan naczyń jak w OP. W pęczku tarczowo-plamkowym dwie wybroczyny. Plamka żółta z prawidłowym refleksem.

Obraz dna oczu mógł wskazywać na ustępujące nadciśnienie złośliwe.

W drugim tygodniu po porodzie pacjentkę wypisano do domu w stanie ogólnym dobrym z zaleceniem dalszej kontroli ambulatoryjnej, ginekologicznej i wdrożenia diagnostyki nefrologicznej. Z odchylenia od stanu prawidłowego odnotowano mniejszy, ale nadal

znaczny, białkomocz (12 g/dobę), który uległ normalizacji w ciągu dwóch miesięcy.

Kontrolne badanie okulistyczne po miesiącu wykazało poprawę ostrości wzroku oka prawego do 0,6. Na dzień obojga oczu stwierdzono jedynie ślad obrzęku w pobliżu tarcz nerwu wzrokowego, wybroczyny się wchłonęły.

Cztery miesiące po porodzie ostrość wzroku wróciła do normy, a na dzień oczu nie wykazano odchylenia od stanu prawidłowego. W przeprowadzonych badaniach pola widzenia (Peritest firmy Rodenstock) i ERG (Epic 1000) uzyskano wyniki prawidłowe.

Omówienie

Zmiany w narządzie wzroku u chorych z gestozą są obserwowane w 30-100% przypadków wg Jaffe i Schatza (3), a wg Becka (1) w 40-100%. Należą do nich objawy subiektywne, takie jak fotopsje, pogorszenie widzenia aż do całkowitego zaniewidzenia oraz mroczki centralne. Przyczyną tych objawów są skurcze naczyń siatkówki lub poprzeczki, w przebiegu nadciśnienia tętniczego. Niedokrwienie płatów potylicznych, w których jest zlokalizowana kora wzrokowa, może być przyczyną ślepoty korowej.

Do zmian spotykanych na dzień oczu w przebiegu gestozy należą skurcze naczyń tętniczych, wybroczyny, ogniska waty, obrzęk siatkówki i tarcz nerwu wzrokowego, a także surowicze odwarstwienie siatkówki (1, 3).

W nielicznych doniesieniach dotyczących zmian ocznych w zespole HELLP opisano jednostronne pogorszenie widzenia spowodowane skurczem tętnic (9), ślepotę korową bez towarzyszących zmian na dzień oczu (5) i obustronne surowicze odwarstwienie siatkówki z ostrością wzroku ograniczoną do liczenia palców w jednym oku i 6/18 w drugim (2).

Objawy oczne mogą występować w rozwiniętym zespole HELLP lub jak w opisanym przez Leffa (4) przypadku samoistnego wylewu krwi do ciała szklonego – wyprzedzać jego wystąpienie. W omawianym przypadku po rozwinięciu ciąży i intensywnym leczeniu zespołu HELLP obserwowano cofnięcie się zmian ocznych.

Podobnie było w przedstawionym przez nas przypadku pełnoobjawowego zespołu HELLP z obniżoną

ostrością wzroku jednego oka i zmianami w siatkówkach obojga oczu.

Ustalenie przyczyny pogorszenia widzenia u kobiet w ciąży lub w krótkim czasie po porodzie umożliwia dalsze właściwe postępowanie lecznicze.

Piśmiennictwo

1. Beck R.W., Gamel J.W., Willcourt R.J., Berman G.: *Acute ischemia optic neuropathy in severe pre-eclampsia*. Am. J. Ophthalmol., 1980, 90, 342-346.
2. Burke J.P., Whyte I., MacEwen C.J.: *Bilateral serous retinal detachments in the HELLP syndrome*. Acta Ophthalmol., 1989, 67, 322-324.
3. Jaffe G., Schatz H.: *Ocular manifestations of pre-eclampsia*. Am. J. Ophthalmol. 1987, 103, 309-315.
4. Leff S.R., Yarin D.L., Masciulli L., Green S.N., Baldomero R.E.: *Vitreous haemorrhage as a complication of HELLP syndrome*. Br. J. Ophthalmol., 1990, 74, 498.
5. Levavi H., Neri A., Zoldan J., Segal J., Ovadia J.: *Pre-eclampsia, „HELLP” syndrome and postical cortical blindness*. Acta Obstet. Gynecol. Scand., 1987, 66, 91-92.

Praca wpłynęła do Redakcji 26 sierpnia 1997 r. (583)