

Garasone[®]

maść do oczu

Siarczan gentamycyny
i fosforan sodowy betametazonu

- ◆ DZIAŁANIE PRZECIWPALNE I PRZECIWBAKTERYJNE
- ◆ WYŁĄCZNIE DO STOSOWANIA DO OCZU
- ◆ DAWKOWANIE DOSTOSOWANE DO POTRZEB PACJENTA

SKŁAD:

1g preparatu GARASONE[®] maść do oczu zawiera siarczan gentamycyny, odpowiadający 3mg gentamycyny oraz fosforan sodowy betametazonu, odpowiadający 1mg betametazonu.

DZIAŁANIE:

Maść do oczu GARASONE[®] łączy przeciwzapalne i przeciwalergiczne działanie fosforanu sodowego betametazonu z szerokim zakresem działania bakteriobójczego aminoglikozydu-siarczanu gentamycyny. Betametazon ma silniejsze działanie przeciwzapalne niż inne kortykosteroidy, w związku z tym może być stosowany w niższych dawkach. In vivo, gronkowce reagowały korzystnie na siarczan gentamycyny. In vitro, siarczan gentamycyny działa na liczne chorobotwórcze bakterie Gram-ujemne: *Escherichia coli*, *Proteus sp.* (indolo-dodatnie i indolo-ujemne), *Pseudomonas aeruginosa*, gatunki z grupy *Klebsiella-Enterobacter-Serratia*, *Haemophilus influenzae*, gatunki *Citrobacter*, *Salmonella*, *Shigella*, *Moraxella*, *Serratia* i *Neisseria* (w szczególności gonokoki) oraz na niektóre bakterie Gram-dodatnie: koagulazo-dodatnie i kolagulo-ujemne gronkowce, włącznie z niektórymi szczepami opornymi na penicylinę.

WSKAZANIA I ZASTOSOWANIE:

Maść do oczu GARASONE[®] jest wskazana do leczenia stanów zapalnych tkanek oka, gdy konieczne jest równoczesne zastosowanie leku przeciwbakteryjnego i przeciwzapalnego np. gronkowcowe zapalenie spojówek i brzegów powiek, pryszczycowate zapalenie rogówki i spojówek, bakteryjno-alergiczne zapalenie rogówki i spojówek oraz alergiczne zapalenie spojówek z wtórnym zakażeniem wywołanym drobnoustrojami wrażliwymi na gentamycynę.

Maść do oczu GARASONE[®] jest także zalecana do leczenia zapalnych i alergicznych schorzeń skóry obejmujących powierzchowne tkanki oka. Te schorzenia oczne obejmują: zapalenie spojówek (nieropne bakteryjne, nieżyłowe, wiosenne); zapalenie brzegów powiek (nieropne, alergiczne, związane z lojotokowym zapaleniem skóry); zapalenie rogówki (nieswoiste powierzchowne, pooperacyjne); zapalenie nadtwardówki; zapalenie woreczka łzowego; jęczmyk; zapalenie gruczołów Meiboma; oraz uszkodzenia (przebijające i nieprzebijające) dotyczące przedniego odcinka oka wywołane ciałami obcymi, promieniowaniem, czynnikami cieplnymi, chemicznymi i pooperacyjnymi. W głęboko umiejscowionej chorobie oka, konieczne może być leczenie ogólne. Jednakże w tych chorobach preparat GARASONE[®] może być stosowany jako leczenie wspomagające.

DAWKOWANIE I PODAWANIE:

Wprowadzić niewielką ilość maści do oczu GARASONE[®] do worka spojówkowego chorego oka 3 do 4 razy dziennie. W ostrej fazie częstość podawania może być zwiększona: maść do oczu może być nakładana co 2 godziny; następnie częstość podawania można zmniejszyć w miarę jak ustępują objawy. Dawkowanie powinno być dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta. W chorobach przewlekłych, odstawianie leczenia powinno odbywać się przez stopniowe zmniejszanie częstości podawania leku.

DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE:

Preparaty do oczu mogą powodować uczucie klucia krótko po podaniu. Długotrwałe stosowanie może prowadzić do wzrostu ciśnienia wewnątrzgałkowego; jaskry; rzadko uszkodzenia nerwu wzrokowego; pogorszenia ostrości wzroku i ubytków pola widzenia; tworzenia podtorębkowej zaćmy tylnej; opóźnienia gojenia ran; ostrego zapalenia przedniego odcinka błony naczyniowej; przebiecia gałki ocznej; rozszerzenia źrenicy; porażenia akomodacji; opadania powieki. Może wystąpić uczulenie na antybiotyki. Przy stosowaniu siarczanu gentamycyny do oczu opisywano przejściowe podrażnienie oka. Przy stosowaniu połączenia kortykosteroidów z antybiotykami do oka opisywano reakcje nadwrażliwości. W ostrych stanach ropnych oka, kortykosteroidy mogą maskować zakażenia lub nasilać istniejące zakażenia.

PRZECIWSKAZANIA:

Opryszczka zwykła, zapalenie rogówki, drzewkowate zapalenie rogówki, krowianka, ospa wietrzna, inne wirusowe choroby rogówki i spojówek, zakażenie oka prątkami lub grzybami, jaglica lub nadwrażliwość na jakikolwiek ze składników tego preparatu. Stosowanie połączeń kortykosteroid/antybiotyk jest przeciwwskazane do usunięcia ciała obcego z rogówki.

ZALECENIA OSTROŻNOŚCI:

Jeżeli nie uzyska się szybkiej reakcji klinicznej po zastosowaniu maści do oczu GARASONE[®], przypadek należy poddać dalszej ocenie. Gdy preparat GARASONE[®] jest podawany do oka przez 10 lub więcej dni, zaleca się przeprowadzenie badań tonometrycznych oraz przy użyciu lampy szczelinowej. W chorobach powodujących ścieńczenie rogówki lub twardówki, obserwowano perforacje po miejscowym stosowaniu kortykosteroidów. Zgodnie z tym, nie zaleca się jako terapii początkowej, leczenia bakteryjnych owrodczeń rogówki, które mogą być wywołane przez *Pseudomonas aeruginosa*, połączeniem antybiotyk/lek przeciwzapalny. Rozsądne jest stosowanie początkowo wyłącznie leku przeciwbakteryjnego. Jeżeli zakażenie zareaguje na leczenie przeciwbakteryjne, sugeruje się dodanie leku przeciwzapalnego dla zminimalizowania włóknienia i bliznowacenia rogówki.

W ostrych, ropnych stanach oczu kortykosteroidy mogą maskować objawy infekcji lub nasilać istniejącą infekcję. Nie ustalono bezpieczeństwa stosowania i skuteczności preparatu GARASONE[®] maść do oczu u dzieci w wieku poniżej 8 lat i u kobiet w ciąży. Należy zachować ostrożność przy podawaniu preparatu kobietom karmiącym, ponieważ nie wiadomo czy składniki maści do oczu GARASONE[®] są wydzielane do mleka matki.

OPAKOWANIA:

Tubki po 5g.
Przechowywać w temperaturze od 2 do 30° C.



Prace kazuistyczne

Klinika Oczna 1996, 98 (4): 323-325
ISSN 0023-2157 Indeks 362 646

Pasma naczyniaste siatkówki w zespole Grönblad-Strandberga Angioid streaks in Grönblad-Strandberg syndrome

Mirosław Słowik, Grażyna Popiela, Marek Ćwirko, Marta Misiuk-Hojto

Abstract: The authors present signs and symptoms in Grönblad-Strandberg syndrome and current opinions on therapeutic procedures in choroidal neovascularization where central vision is threatened. The publication includes a case report.

Słowa kluczowe: zespół Grönblad-Strandberga, pasma naczyniaste, kępkę żółte rzekome, nowotwórstwo naczyniówkowe

Key words: Grönblad-Strandberg syndrome, angioid streaks, *pseudoxanthoma elasticum*, choroidal neovascularization

Zespół Grönblad-Strandberga jest rzadkim schorzeniem, którego istotę stanowi uogólnione zwyrodnienie włókien elastycznych (2, 4, 7). *Pseudoxanthoma elasticum* wchodząca w skład zespołu Grönblad-Strandberga ma podłoże genetyczne i może być dziedziczona w sposób dominujący albo recesywny (4, 7, 10). W około 85% przypadków *pseudoxanthoma elasticum* stwierdza się obecność pasm naczyniastych w siatkówce (4, 7).

W 1929 roku Grönblad powiązała występowanie pasm naczyniastych siatkówki z chorobą skóry, nazwaną przez Strandberga *pseudoxanthoma elasticum*, a polegającą na rozwoju żółtawych grudek skórných wielkości 1-3 mm, układających się liniowo lub siateczkowato na bocznych powierzchniach szyi i karku. Zmiany te mogą również pojawiać się w dołach pachowych, pachwinowych, na skórze brzucha oraz na udach. Skóra nad grudkami przypomina wiotką i rozpułchnioną skórę kurczaka. Powyższy zespół nazwano zespołem Grönblad-Strandberga (4, 7, 8).

Zespół ten występuje w podobnym procencie u kobiet i mężczyzn. Najczęściej jest rozpoznawany między 20. a 40. rokiem życia. W badaniu wziernikowym pasma naczyniaste prezentują się w postaci wąskich

linii o nierównych, postrzępionych brzegach, przebiegających poniżej poziomu siatkówki, zwięzających się stopniowo i błędnych w miarę oddalania się od tarczy nerwu wzrokowego. Zazwyczaj pasma naczyniaste układają się promieniście w stosunku do tarczy nerwu wzrokowego, a niekiedy mogą łączyć się ze sobą. Szerokość pojedynczego pasma jest różna i może być porównywalna do wymiaru małego naczynia tętniczego lub osiągać szerokość pojedynczego naczynia żylnego, a nawet jego wielokrotność. Kolor pasm naczyniastych zależy od pigmentacji dna oka i stopnia zaniku nabłonka barwnikowego siatkówki.

Pasmom naczyniastym dość często towarzyszy żółtawe centkowanie nabłonka barwnikowego siatkówki, które przypomina skórę pomarańczową i zazwyczaj jest zlokalizowane skroniowo od plamki. Jest to objaw charakterystyczny dla zespołu Grönblad-Strandberga. Może pojawiać się przed powstaniem pasm naczyniastych i jest dobrze widoczny w badaniu angiograficznym. Dobra ostrość wzroku towarzyszy zespołowi Grönblad-Strandberga aż do momentu wystąpienia zmian w plamce.

Celem pracy jest prezentacja przypadku pacjenta z zespołem Grönblad-Strandberga.

Opis przypadku

20-letni pracownik fizyczny zgłosił się do Kliniki Okulistycznej we Wrocławiu z powodu obniżenia ostrości wzroku oka prawego. W wywiadzie ustalono, że

Z Kliniki Okulistycznej AM we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. Hanna Nizankowska

Adres do korespondencji (Reprint requests to):
Dr Mirosław Słowik
ul. Szybowa 58/9
54-130 Wrocław

w 7. roku życia w badaniu histopatologicznym zmian skórnych rozpoznano *pseudoxanthoma elasticum*. W 9. roku życia pacjent był leczony z powodu incydentalnych krwotoków z przewodu pokarmowego.

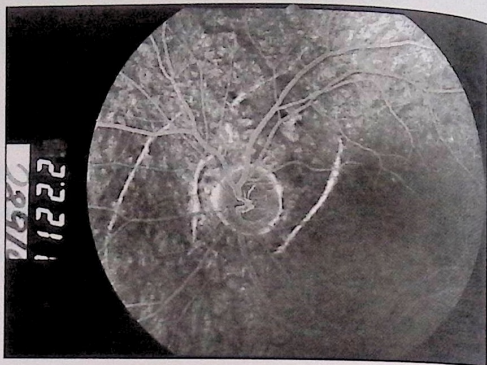
Badaniem fizykalnym stwierdzono na skórze szyi i karku pojedyncze guzki o żółtawym zabarwieniu i ułożeniu siateczkowatym. Podobne zmiany, ale mniej liczne, zaobserwowano w obrębie dołów pachowych, pachwin i skóry brzucha. Innych odchyliń od stanu prawidłowego nie stwierdzono. Podstawowe badania laboratoryjne były w normie.

Wynik badania okulistycznego: PO – ostrość wzroku w dal 0,1, z bliska 0,5; OL – ostrość wzroku w dal i z bliska prawidłowa. Odcinek przedni, ciało szkliste i ciśnienie wewnątrzgałkowe w obojgu oczach było prawidłowe. W oku prawym, przy tarczy nerwu wzrokowego, dostrzeżono pasma naczyniaste ułożone promieniście, a w pęczku tarczowo-plamkowym – trójkątnego kształtu ognisko obrzęku siatkówki wielkości 1/2 dd, podstawą skierowane do tarczy, wokół którego widoczne było przegrupowanie barwnika. W oku lewym, przy tarczy nerwu wzrokowego, również zaobserwowano pasma naczyniaste siatkówki. W obojgu oczach, skroniowo od plamki żółtej, wykazano istnienie objawu „skórki pomarańczy”.

W angiografii fluoresceinowej w oku prawym (ryc. 1, 2) stwierdzono hiperfluorescencję tła odpowiadającą przebiegowi pęknięć w błonie Brucha. Poza tym, w oku prawym, w pęczku tarczowo-plamkowym poniżej linii pęknięcia błony Brucha, było widoczne pojedyncze ognisko wielkości 1/2 dd, o narastającej

w czasie hiperfluorescencji, odpowiadające podsiatkówkowej płytce naczyniowej i surowiczemu odwarstwieniu nabłonka barwnikowego. Na brzegu tego ogniska wystąpiła hipofluoryzująca linia hiperplazji nabłonka barwnikowego.

W oku lewym w obrazie angiofluorograficznym zaobserwowano liniową hiperfluorescencję tła o nierównych brzegach, odpowiadającą pęknięciem błony Brucha (ryc. 3).



Ryc. 3. Angiografia fluoresceinowa oka lewego
Fig. 3. Fluorescein angiography of the left eye

Po pięciu miesiącach, w badaniu kontrolnym, stwierdzono w oku prawym tarczowate zwyrodnienie plamki żółtej i obniżenie ostrości wzroku z 0,1 p. do l.p. z 20 cm. Pacjent został poinformowany o konieczności codziennego, samodzielnego kontrolowania widzenia centralnego oka lewego testem Amslera, systematycznej kontroli okulistycznej oraz natychmiastowego badania angiofluorograficznego w razie zaobserwowania jakichkolwiek zmian.

Omówienie

Szybkie pogarszanie ostrości wzroku w przebiegu zespołu Grönblad-Strandberga ma zazwyczaj związek z powstaniem podsiatkówkowego nowotworstwa naczyniowego. Jedynym skutecznym postępowaniem lekarskim hamującym lub/i opóźniającym utratę ostrości wzroku jest fotokoagulacja laserowa siatkówki, możliwa do przeprowadzenia pod warunkiem, że zmiany położone są w odległości co najmniej 200 mikrometrów od centrum dołeczka, a ostrość wzroku nie jest niższa niż 0,2 (3, 6). Zaleca się wykonanie zabiegu w trakcie pierwszych 72 godz. po badaniu angiofluorograficznym (3) lub/i angiografii z zastosowaniem zieleni indocyjaninowej, które umożliwia wykrycie ukrytego nowotworstwa podsiatkówkowego (1, 5, 9). Samo stwierdzenie pasm naczyniastych nie jest wskazaniem do wykonania fotokoagulacji, wymaga wyłącznie okresowej kontroli okulistycznej oraz samokontroli testem Amslera. W przypadkach, w których obserwuje się metamorfopsje lub/i spadek ostrości wzroku, konieczne jest badanie angiofluorograficzne.

W omawianym przez nas przypadku spadek ostrości wzroku był wynikiem powstania nowotworstwa pod-

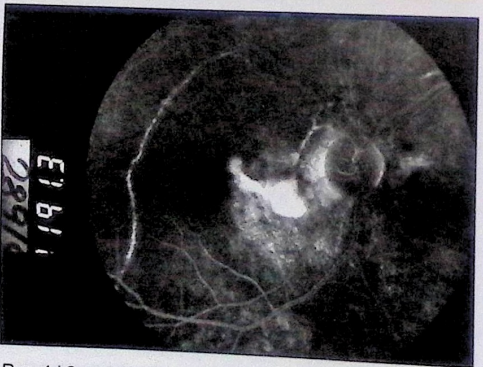
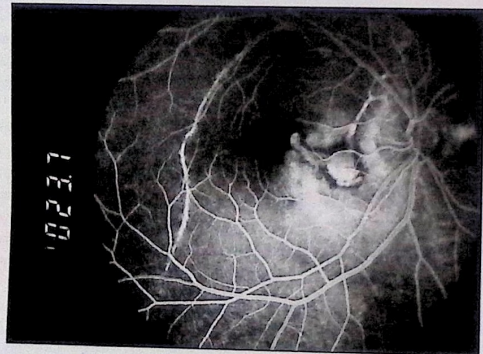
siatkówkowego, którego naturalny rozwój prowadzi, poprzez krwotok podsiatkówkowy, do zwyrodnienia tarczowatego plamki. Niestety, lokalizacja wykazanych angiograficznie zmian, które obejmowały pęczek tarczowo-plamkowy i obszar poddołeczkowy plamki, oraz obniżona ostrość wzroku stanowiły przeciwwskazanie do zastosowania fotokoagulacji laserowej. Położenie do zastosowania fotokoagulacji laserowej „pęknięcia” przecinającego pęczek tarczowo-plamkowy w oku lewym pozwala przewidywać podobny rozwój zmian włóknisto-naczyniowych. Stwarza to konieczność częstej, funkcjonalnej i angiograficznej kontroli tego oka, aby w odpowiednim czasie wykonać fotokoagulację zapobiegającą utracie widzenia centralnego.

Piśmiennictwo

1. Avvad F.K., Duker J.S., Reichel E., Margolis T.J., Puliato C.A.: *The digital indocyanine green videoangiography characteristics of well-defined choroidal neovascularization*. Ophthalmology, 1995, 102, 3, 401-405.
2. Vander J.F., Duker J.S., Jaeger E.A.: *Miscellaneous Diseases of the Fundus*. [w:] *Duane's Clinical Ophthalmology*. Vol. 3, 10-12. red. W. Tasman, E.A. Jaeger. J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1993.
3. Kanski J.J.: *Clinical Ophthalmology*. Butterworth-Heinemann, Oxford, 1994, 393-397.

Praca wpłynęła do Redakcji 2 października 1995 r. (374)

4. Kanski J.J.: *The Eye in Systemic Disease*. Butterworth-Heinemann, London, 1990, 120-121.
5. Kim D.D., Pulido J.S., Wipplinger W.A.: *Indocyanine Green Angiographic Findings in Pseudoxanthoma Elasticum*. Amer. J. Ophthalm., 1993, 116, 6, 767-769.
6. Lim J.I., Bressler N.M., Marsh M.J., Bressler S.B.: *Laser treatment of choroidal neovascularization in patients with angioid streaks*. Amer. J. Ophthalm., 1993, 116, 414-423.
7. Newsome D.A.: *Retinal dystrophies and degenerations*. Raven Press, New York, 1988, 273-283.
8. Van Eijk A.W., Oosterhuis J.A.: *Krypton laserbehandlung von Gefassneubildungen bei angioiden Streifen*. Klin. Mbl. Augenheilk., 1987, 191, 443-448.
9. Yuzawa M., Kawamura A., Yamaguchi Ch., Shouda M., Shimoji M., Matsui M.: *Indocyanine Green Findings in Detachment of the Retinal Pigment Epithelium*. Ophthalmology, 1995, 102, 4, 623-629.
10. Zelawska-Rybusowa H., Olszewska Z.: *Zmiany oczne w Pseudoxanthoma elasticum*. Klin. Oczna., 1978, 80, 119-122.



Ryc. 1 i 2. Angiografia fluoresceinowa oka prawego
Fig. 1 and 2. Fluorescein angiography of the right eye