

powstania błony przedsiatkówkowej. Badania Foosa wskazują, że błona przedsiatkówkowa może się tworzyć również w obrębie ciała szklстого przed jego odłączeniem. W ten sposób dochodzi do zamknięcia cienkiej warstwy ciała szklстого pomiędzy powierzchnią siatkówki a błoną przedsiatkówkową. Te zmiany prowadzą do odłączenia ciała szklстого czego przyczyną jest błona przedsiatkówkowa¹. Wysuwane są również przypuszczenia, że błona ta zbudowana może być nie tylko z komórek glejowych, lecz także z hialocytów. Potwierdzeniem tych przypuszczeń mogą być przeprowadzone przez Kampik'a i wspólnie⁶ badania histologiczne pierwotnych błon przedsiatkówkowych, w których stwierdzono obecność komórek podobnych do fibroblastów i makrofagów wydających się raczej z hialocytów ciała szklстого niż z komórek glejowych lub warstwy barwnikowej siatkówki.

W opisanym przez nas drugim przypadku doszło najprawdopodobniej do rozwoju wtórnej błony przedsiatkówkowej włóknistej pozapalnej jako odczynu na obecność ciała obcego i krwotoku w ciele szklстым oraz drobnych krwotoków siatkówkowych w okolicy plamki. Jak się wydaje samoistne odłączenie błony przedsiatkówkowej u opisywanych powyżej chorych mogło być spowodowane następującym mechanizmem. W trakcie rozwoju doszło do jej kurczenia się co spowodowało odłączenie od powierzchni siatkówki części obwodowych błony. W ten sposób rozerwaniu uległy najmocniejsze połączenia pomiędzy błoną a siatkówką, które wg Foosa¹ przypuszczalnie znajdują się w miejscu otworów w błonie granicznej wewnętrznej na obwodzie błony przedsiatkówkowej¹. Wraz z tylnym odłączeniem ciała szklстого nastąpiło również odłączenie błony przedsiatkówkowej, ponieważ połączenie pomiędzy tą błoną a ciałem szklстым było silniejsze niż pomiędzy błoną a siatkówką. U obydwu chorych razem z samoistnym odłączeniem błony przedsiatkówkowej i przemieszczeniem jej poza obszar plamki doszło do znacznej poprawy ostrości wzroku. Wydaje się, że było to spowodowane uwolnieniem

obszaru plamki od pokrywającej go biało-szarej błony utrudniającej przechodzenie promieni świetlnych oraz zmniejszeniem pofaldowania siatkówki po odłączeniu błony. Możliwe również, że mniejsze pociąganie siatkówki przez błonę spowodowało zmniejszenie obrzęku tkanki siatkówkowej.

Samoistne odłączenie błony przedsiatkówkowej, jakie spotkaliśmy u obu opisanych chorych, jest rzadko spotykaną zmianą, o której jednak trzeba pamiętać.

PIŚMIENNICTWO

1. Clarkson J.G., Green W.R., Massof D.: A histopathologic review of 168 cases of preretinal membrane. *Amer. J. Ophthalmol.* 84: 1-17 (1977).
2. Cleasby G.W.: Spontaneous cure of macular pucker. (w:) Ryan S.J., Dawson A.K., Little H.L.: *Retinal diseases*, 185-187 (Grune and Stratton, Orlando 1985).
3. Foos R.Y.: Vitreoretinal junction: epiretinal membranes and vitreous. *Invest. Ophthalmol.* 16: 416-422 (1977).
4. Gass J.D.M.: *Macular diseases - diagnosis and treatment*. (Mosby, St. Louis 1977).
5. Hirokawa H., Jalkh A.E., Takahashi M., Tempe C.L., Schepens C.: Role of the vitreous in idiopathic preretinal macular fibrosis. *Amer. J. Ophthalmol.* 101: 166-169 (1986).
6. Kampik A., Green W.R., Michels R.G., Nase P.K.: Ultrastructural features of progressive idiopathic epiretinal membrane removed by vitreous surgery. *Amer. J. Ophthalmol.* 90: 797-809 (1980).
7. McDonald H.R., Verre W.P., Aberg T.M.: Surgical management of idiopathic epiretinal membranes. *Ophthalmology* 93: 978-983 (1986).
8. McGuinness R.: Epiretinal membrane formation associated with spontaneous massive preretinal proliferation. *Brit. J. Ophthalmol.* 64: 102-104 (1980).
9. Roth A.M., Foos R.Y.: Surface wrinkling retinopathy in eyes enucleated at autopsy. *Trans. amer. Acad. Ophthalmol.* 75: 1047-1056 (1971).
10. Shirakawa H., Ogino N.: Idiopathic epiretinal membranes with spontaneous posterior vitreous separation. *Ophthalmologica* 194: 90-94 (1987).
11. Wise G.N.: Clinical features of idiopathic preretinal macular fibrosis. *Amer. J. Ophthalmol.* 79: 349-357 (1975).
12. Wise G.N.: Congenital preretinal macular fibrosis. *Amer. J. Ophthalmol.* 79: 363-365 (1975).

Praca wpłynęła: 25.5.1988 (nr 5367).

MYOSITIS orbitalis (m.o.) należy do szerokiej grupy nieswoistych schorzeń zapalnych oczodołu. Większość klinicyстів^{1,2,3} utożsamia lub porównuje ten proces z guzami rzekomymi oczodołu.

M.o. charakteryzuje się jednostronnym lub obustronnym wytrzeszczem, obrzękiem powiek i spojówek oraz ograniczeniem czynności mięśni zewnętrznych oka¹. Pacjenci skarżą się na nagłe rozpoczynające się: ból, pieczenie w obrębie oczodołu, dwojenie, opadnięcie powieki a także na przewlekłe utrzymujące się zapalenia spojówek.

Znamiennie jest nacieczenie zapalne jednego, co najwyżej dwóch mięśni zewnętrznych oka, czasami radykalna poprawa po kuracji kortykoidami^{1-4,10}.

OBSERWACJE WŁASNE

W naszej klinice w latach 1983-1988 na 26 chorych z jednostronnym wytrzeszczem u 4 pacjentów miał on charakter nietypowy.

Przypadek 1. 66-letni chory zgłosił się do kliniki w listopadzie 1987 roku z powodu bólu oka prawego i pogorszenia widzenia. Od grudnia 1987 r. dołączyło się także dwojenie, zwłaszcza przy patrzeniu w górę. Przy przyjęciu stwierdzono: v.o.d. 5/7 knp, v.o.s. 5/8 knp, P.o.u. 16,0 mm Hg. Gałka oczna prawa w wytrzeszczu 1,5 mm. Przedni odcinek poza opalizującymi soczewkami bez zmian. Na dnie oka w okolicy plamkowej zmiany zwyrodnieniowe. Naczynia tętnicze zwężone, żyłne prawidłowe.

Podstawowe badania dodatkowe i konsultacja neurologiczna odchyliły od normy nie wykazały. Przeprowadzono tomografię komputerową, która wykazała pogrubienie mięśnia prostego dolnego do ok. 1,5 cm na całej długości. Sugerowano naciek nowotworowy mięśnia prostego dolnego. W leczeniu stosowano Encorton, Trental, preparaty witaminowe. Uzyskano poprawę, objawy bólowe cofnęły się, zmniejszył się wytrzeszcz. W 11-miesięcznej obserwacji nie dochodziło do pogorszenia.

Przypadek 2. 55-letni chory przyjęty do kliniki w marcu 1988 r. z powodu narastającego od pół roku wytrzeszczu gałki ocznej lewej, obrzęku i bólu powieki górnej oka lewego oraz dwojenia.

Przy przyjęciu stwierdzono: v.o.s. 5/5, gałka oczna lewa w wytrzeszczu na 2 mm. Przedni odcinek i dno oka bez zmian. W badaniach dodatkowych z odchylił od normy uwagę zwraca dodatni test lateksowy. Wykonano tomografię komputerową, która wykazała: twór guzowaty obejmujący mięsień prosty górny o średnicy ok. 1,2 cm sięgający do gałki ocznej bez cech nacieku (rozpoznanie: pseudotumor orbitae, ryc. 1 i 2).

Próba leczenia zachowawczego nie dała rezultatu, objawy chorobowe nasilały się. Wykonano zabieg operacyjnego odbarczenia oczodołu. Podczas zabiegu stwierdzono pogrubienie i zrośnięcie z otoczeniem mięśnia prostego górnego. Badanie histopatologiczne potwierdziło wcześniejsze rozpoznanie. Po operacji dolegliwości znacznie zmniejszyły się. Półroczna obserwacja nie wykazuje wznowy procesu chorobowego.

Z Kliniki Okulistycznej AM w Białymstoku, kierownik: prof. dr med. Andrzej Stankiewicz

Reprint requests to: Dr Jan Grochowski, ul. Kozłowa 10 m. 4; 15-868 Białystok, Poland

JAN GROCHOWSKI i PIOTR SOBOLEWSKI

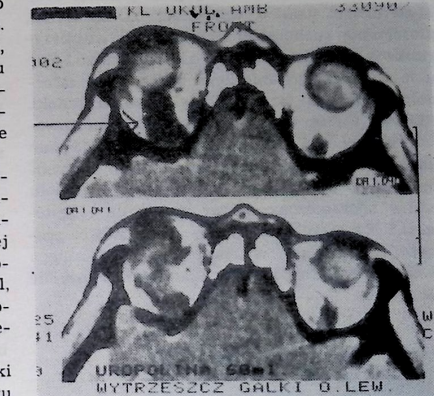
Myositis orbitalis

ORBITAL MYOSITIS

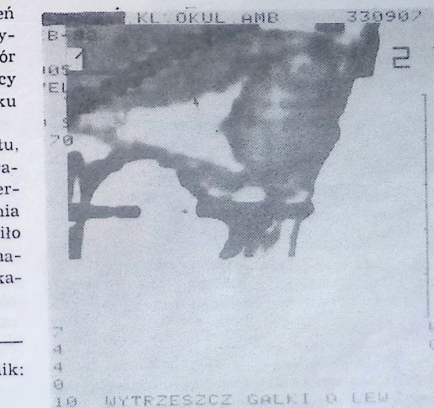
Four patients with unspecific myositis of the extraocular muscles were treated in the Ophthalmological Department Medical School in Białystok in the period 1983-1988. The authors discuss the problematics connected with the diagnosis and treatment of this pathological condition. Special attention is called to the new diagnostic methods.

HASEŁA: oczodół, zmiany zapalne, tomografia komputerowa

KEY WORDS: orbit, inflammatory changes, computerized tomography



Ryc. 1. Przypadek 2: w obrębie oczodołu lewego widoczne pogrubienie m. prostego górnego (strzałka).



Ryc. 2. Ten sam pacjent, obraz w rzucie strzałkowym. Zaznaczony nacieczony mięsień.

