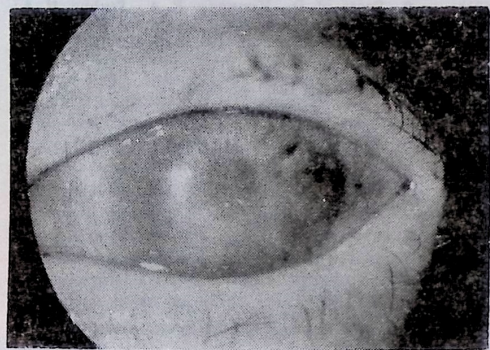


PEMPHIGOID jest chorobą pęcherzową skóry i błon śluzowych rozwijającą się prawdopodobnie na podłożu autoimmunizacji. Schorzenie powoduje swoiste odzysiny immunologiczne i charakterystyczne zmiany histopatologiczne w obrębie zajętych tkanek^{1-3, 6}. Jedną z postaci morfologicznych pemphigoidu jest pemphigoid bliznowaciejący. Objawy oczne są najbardziej typowe dla jego odmiany określanej jako „pemphigoid bliznowaciejący błon śluzowych”. W zaawansowanych stadiach choroby obserwuje się zrosty spojówkowo-galkowe, spływanie sklepień, zniekształcenie powiek, zmiany w rogówce, często zespół suchego oka, czasem objawy jaskry wtórnej^{4, 5, 8-10}. W okresie wczesnym zmiany oczne mają postać przewlekłego, nie poddającego się leczeniu zapalenia spojówek, często z przewagą objawów w jednym oku. Podstawą rozpoznania jest badanie immunofluorescencyjne wycinka spojówki^{1, 2, 4, 6}. Stwierdzenie swoistych przeciwciał w błonie podstawnej „in vivo” upoważnia do rozpoznania pemphigoidu. W postaci ocznej poza przeciwciałami IgG stwierdza się często przeciwciała klasy IgA. Ilość związanego komplementu czasem bywa tak duża, że maskuje on zlokalizowane w typowym miejscu immunoglobuliny. Rzadziej natomiast niż w innych odmianach wykrywa się wolne przeciwciała w surowicy^{1, 2, 5}.

W klinice i ambulatorium przyklinikowym w latach 1984-1987 leczono 11 chorych, u których rozpoznano pemphigoid: 5 kobiet i 6 mężczyzn w wieku 9-79 lat. U 3 z nich stwierdzono tylko objawy zadrażnienia spojówek i zrosty spojówkowo-galkowe, u pozostałych 8 poza splyciem zlamkow i zrostami — zmiany w rogówkach (ryc. 1), zespół suchego oka (6 przyp.) i objawy jaskry wtórnej u 3 osób.



Ryc. 1. Zmętnienie rogówki, zrosty spojówkowo-galkowe, jaskra wtórna — jeden z przypadków pemphigoidu.

Następstwem zmian w rogówce było znaczne pogorszenie ostrości wzroku. Najbardziej dramatyczny przebieg miały przypadki przebiegające z szybkim rozpadem rogówki, tworzeniem się descemetocoele, perforacją gałki i powikłaniami w postaci panophthalmitis. U 3 obserwowanych u nas pacjentów wystąpiła perforacja rogów-

LIDIA PORTACHA, MIROSLAW ŻYDECKI,
JOANNA CISZEWSKA, ANNA ZAMLYNSKA,
PAWEŁ LEWANDOWSKI I MACIEJ DOMOSŁAWSKI

Pemphigoid jako przyczyna znacznego upośledzenia ostrości wzroku

PEMPHIGOID AS A CAUSE OF A CONSIDERABLE HANDICAP OF THE VISUAL ACUITY

Among 11 patients aged 9-79 years with diagnosed pemphigoid 5 were men and 6 women. Three persons exhibited only some conjunctival irritation and conjunctival adhesions, the remaining 8 — besides some shallowness of the fornices — showed also corneal changes. Six patients showed signs of the dry-eye syndrome and 3 — symptoms of secondary glaucoma. General treatment (Avlosulfon, encorton) was applied in 8 patients.

HASŁA: pemphigoid, suche oko, zrosty spojówkowo-galkowe, avlosulfon

KEY WORDS: pemphigoid, dry eye, symblepharon, avlosulfon

ki, u 1 z nich objawy panophthalmitis. Gałki oczne udało się zachować, ale u 2 osób bez poczucia światła.

Leczenie pemphigoidu jest bardzo obciążające dla organizmu, dlatego powinno być prowadzone po potwierdzeniu podejrzenia klinicznych badaniami immunofluorescencyjnymi wycinka. Jako lek podstawowy stosowano encorton w dawkach 40-60 mg do uzyskania remisji objawów, następnie dawkę stopniowo zmniejszano. Dawka podtrzymująca wynosiła 10-15 mg, łącznie leczenie sterydami trwało ok. 6 miesięcy. Drugim lekiem kojarzonym ze sterydami był Avlosulfon, początkowo w dawce 100 mg na dobę. Dawka podtrzymująca wynosiła 25 mg 2-3 w tygodniu. W czasie leczenia kontrolowano morfologię, próby wątrobowe, elektrolity, poziom oksyhemoglobiny. Leczenie ogólne zastosowano u 8 chorych. Jeden pacjent sam przerwał kurację po 2 tygodniach. W pozostałych 7 przypadkach pełne leczenie ogólne zastosowano u 4 chorych, u których zaobserwowano remisję, u pozostałych 3 leczenie przerwano ze względu na przeciwwskazania ogólne, które wystąpiły w trakcie kuracji. Perforacje rogówki obserwowano u 2 osób w różnym czasie po przerwaniu leczenia (od kilku tygodni do kilkunastu miesięcy) oraz u 1 osoby przed leczeniem — chora zgłosiła się na ostry dyżur z perforacją gałki. Wykonane badania potwierdziły rozpoznanie pemphigoidu.

Leczenie miejscowe stosowano jako próbę doraźnego łagodzenia dolegliwości. Ulgę przynosiło długotrwałe zakraplanie kropli zawierających sterydy. Zdecydowaną, choć niestety tylko okresową poprawę obserwowano po jonoforezach hydrokortyzonowych. Stosowano epilację rzęs, krioterapię brzegów powiek i blizn. Próby operacyjnego uwolnienia zrostów i plastyki worka spojówkowego nigdy nie dawały trwałych efektów. W jaskrze wtórnej stosowano timolol, diuramid, leki osmotyczne. W zespole suchego oka lekiem z wyboru był solcoseryl-żel.

PODSUMOWANIE

1. Pemphigoid bliznowaciejący bywa przyczyną znacznego upośledzenia ostrości wzroku z powodu ciężkich schorzeń spojówki i rogówki.
2. Choroby przedniego odcinka oka przebiegające ze zrostami spojówkowo-galkowymi, splyciem zlamkow, zespołem suchego oka i zmianami w rogówce wymagają diagnostyki w kierunku pemphigoidu.

PIŚMIENNICTWO

1. Beuther E., Chorzelski T.: Immunopathology of the skin, 323-380 (John Wiley and Sons, New York 1987).
— 2. Bruce E., Herron M.D.: Immunologic aspects of cicatricial pemphigoid. Amer. J. Ophthal. 79: 271-278

Kronika

• Zebranie Zarządu Głównego PTO w dniu 1991.04.17 nie nastrojało optymistycznie. Mimo wysiłków środowiska okulistyckiego — jak powiedziała Prezes PTO prof. dr hab. Helena Żygulska-Mach — ze strony diabetologów stale stwierdza się brak zainteresowania i zrozumienia istoty okulistyckiej techniki diagnozowania, terapii, a także współpracy między specjalistycznej w zakresie retinopatii cukrzycowej. Również Ministerstwo Zdrowia poza deklaracjami nie udziela żadnej pomocy. W ramach przygotowań do Walnego Zgromadzenia Delegatów (1992.05.07 — Łódź w czasie XXXVII Zjazdu Okulistów Polskich) przedstawił Zarządowi propozycje zmian w Statucie, które zostały zgłoszone wcześniej z terenu (pisałem o tym i apelowałem w poprzednich Kronikach). Wpłynęły do zatwierdzenia przez Walne Zgromadzenie następujące propozycje zmian:

- I. Paragraf 28 Statutu PTO otrzymuje brzmienie: „W skład Zarządu Głównego wchodzi:
 1. Przewodniczący i dziejci członków wybranych na Walnym Zgromadzeniu Delegatów;
 2. Przewodniczący Oddziałów i Przewodniczący Sekcji;
 3. Kierownicy Akademickich Katedr lub samodzielnych Klinik Okulistyckich posiadających stopień dr hab. lub tytuł profesora”.
- II. Paragraf 47 Statutu PTO otrzymuje brzmienie: „W skład Zarządu Oddziału wchodzi przewodniczący i sześciu członków wybranych w głosowaniu tajnym przez Walne Zebranie członków Oddziału”.
- III. Paragraf 50 Statutu PTO otrzymuje brzmienie: „1. Stanowisko Przewodniczącego Oddziału można piastować tylko przez dwie kolejne trzyletnie kadencje. 2. Spośród 6 członków wybranych przez Walne Zebranie Zarząd Oddziału wybiera zastępcę przewodniczącego, sekretarza i skarbnika tworzących Prezydium Zarządu Oddziału”.

Zaproponowano również aby w regulaminach Sekcji wprowadzić zasadę osobnego głosowania na to stanowisko, a osobno na pozostałych członków Zarządu Sekcji. Wszystkie te propozycje Zarząd Główny w głosowaniu przyjął jednogłośnie. Gorąco zachęcam wszystkich członków PTO o ich przedyskutowanie na Walnych Zebraniach Oddziału, tak aby wybrani delegaci mieli jasne stanowisko przy głosowaniu tych zmian.

Z innych spraw warte odnotowania jest przyznanie nagród za najlepsze prace doktorskie obronione w 1990 r. Komisja Naukowa ZG PTO postanowiła przyznać dwie równorzędne nagrody w wysokości 1 mln złotych oraz wyróżnienie w formie dyplomów dr n. med. Dorocie Korzyckiej za dysertację pt. „Zaburzenia hydrodynamicznej i hemodynamicznej przedniego odcinka oka po przecięciu mięśni zewnątrzgałkowych w badaniach doświadczalnych i klinicznych” — promotor doc. dr hab. Roman

(1975). — 3. Foster S., Show C., Wells P.: Scanning Electron Microscopy of Conjunctival Surfaces in patients with ocular cicatricial pemphigoid. Amer. J. Ophthal. 102: 584-591 (1986). — 4. Gerkowicz K., Jędrzejewski D.: Pemphigoid bliznowaciejący oczny u niemowlęcia. Klin. oczna 89: 316-318 (1987). — 5. Jabłońska S.: Choroby skóry, 668-670 (PZWL, Warszawa 1958). — 6. Maciejowska E.: Znaczenie kliniczne badań immunopatologicznych w chorobach pęcherzowych skóry. (Warszawska Akademia Medyczna, Warszawa 1986). — 7. Orłowski W.J.: Encyklopedia objawów okulistycznych w zespolach układowych, 189-190 (PZWL, Warszawa 1973). — 8. Węclawicz-Sobczyńska H.: Pemphigoid bliznowaciejący. Klin. oczna 48: 609-611 (1978). — 9. Zamłyńska A., Dróbecka-Brydak E.: Pemphigoid bliznowaciejący u 9-letniego chłopca. Praca wygłoszona na Sympozjum Sekcji Okulistyki Dziecięcej w Zakopanem, 1985.

Praca wpłynęła: 26.06.1989 (nr 5574).

Gość i dr n. med. Pawłowi Lipowskiemu za dysertację pt. „Wczesne zmiany rogówki u chorych po operacji zaćmy” — promotor prof. dr hab. Barbara Iwaszkiewicz-Bilikiewicz. Praca są mi znane, byłem bowiem recenzentem w obu, i moim zdaniem, jak najbardziej zasługują na takie wyróżnienie. Serdeczne gratulacje dla wyróżnionych i ich promotorów.

• Świetnie zorganizowana przez prof. dr hab. Marka Prosta kursokonferencja na temat „Retinopatia wcześniaków” (o samej konferencji niżej) zyskała uznanie Zarządu a organizator na mój wniosek ma otrzymać List Gratulacyjny Zarządu Głównego. Gratuluję Panie Profesorze!

• W dniach 1991.04.12-13 w Klinice Okulistyki AM w Lublinie odbyła się I Ogólnopolska Konferencja n.t. „Retinopatia wcześniaków”. Konferencja została zorganizowana przez Komisję ds. Retinopatii Wcześniaków PTO. Konferencja poświęcona była ustaleniu założeń programu opieki okulistycznej nad wcześniakami w Polsce oraz przedstawieniu najnowszych poglądów dotyczących patogenety, obrazu klinicznego, diagnostyki i leczenia retinopatii wcześniaków. W Konferencji wzięło udział 115 okulistów z całej Polski jak również grupa pediatrów-neonatologów. W drugim dniu obrad był obecny prof. dr hab. Zdzisław Rondio — Dyrektor Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie. Koszta pobytu 37 okulistów biorących udział w Konferencji pokryli organizatorzy w oparciu o fundusze przyznane przez Zarząd Główny PTO oraz Zarząd Sekcji Retinologicznej PTO. Były to osoby wyznaczone przez poszczególne regiony, które będą zajmować się organizacją opieki okulistycznej nad wcześniakami na terenie kraju.

Program obrad konferencji był następujący:

I Dzień obrad:

1. Prof. dr hab. Marek Prost (Lublin) — Patogeneza retinopatii wcześniaków.
2. Doc. dr hab. Maria Starzycka (Kraków) — Klasyfikacja i obraz kliniczny retinopatii wcześniaków.
3. Doc. dr hab. Krystyna Pecoldowa (Poznań) — Pierwotne odwarstwienie siatkówki w oczach z retinopatią wcześniaków.
4. Prof. dr hab. Bronisława Koraszewska-Matuszewska (Katowice) — Profilaktyka i leczenie retinopatii wcześniaków.
5. Prof. dr hab. Marek Prost (Lublin) — Krioterapia w leczeniu retinopatii wcześniaków.

II. Dzień obrad:

1. Dr med. Mirosława Szreter (Warszawa) — Obserwacja wcześniaków leczonych w oddziałach intensywnej

(c.d. na str. 272)

Z Kliniki Okulistyckiej AM w Warszawie, kierownik: prof. dr med. Tadeusz Kęć

Reprint requests to: Dr Lidia Portacha, ul. Czerniakowska 159 m. 57; 00-453 Warszawa, Poland