

(90)

Wtórna nabłonkowa torbiel tęczęwki – opis przypadku

Secondary epithelial cyst of the iris – case report

Agnieszka Jamroz-Witkowska^{1,2}, Maria Muzyka-Woźniak², Jolanta Oficjalska-Młyńczak², Łukasz Szelepin²

¹ Z Kliniki Okulistyki CMKP w Warszawie

P.o. kierownik: dr n. med. Iwona Grabska-Liberek

² Z Katedry i Klinik Okulistyki AM we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. Maria Hanna Niżankowska

Summary: Authors present a case of 33 years old man who developed implantation secondary cyst of the iris, after penetrating trauma in a childhood. He was treated with cyst aspiration and endolaser photocoagulation of the cyst base. Postoperatively visual function significantly improved. No recurrence of cyst was observed. Within 6 months cataract developed with pupillary obstruction caused by iridocorneal adhesions, which required reoperation. Authors indicate that management of secondary cyst of the iris may require repeated laser or surgical treatment.

Słowa kluczowe: wtórna wszczepienna torbiel tęczęwki, leczenie chirurgiczne.

Key words: implantation secondary cyst of the iris, surgical treatment.

Wtórne nabłonkowe torbiele tęczęwki mogą rozwinąć się po urazie drążącym oka, po zabiegu operacyjnym, przy przedłużonym stosowaniu długo działających miotyków, mogą także towarzyszyć guzom. Małe torbiele – niepowiększające się i asymptomatyczne – nie wymagają leczenia, a jedynie okresowej kontroli. Większe cysty tęczęwki mogą wymagać interwencji chirurgicznej w celu zapobieżenia lub leczenia poważnych powikłań, do których zalicza się: przesłonięcie źrenicy, jaskrę wtórną, zapalenie tęczęwki i ciała rzęskowego lub dekompensację rogówki (1,2,3,4).

Opis przypadku

Mężczyzna, lat 33, zgłosił się do Kliniki Okulistyki we Wrocławiu z powodu postępującego obniżenia ostrości wzroku w oku lewym. W wywiadzie pacjent podawał, że w wieku 7 lat doznał penetrującego urazu tego oka gwoździem. Przez okres półtora roku przed zgłoszeniem się do naszej kliniki chory obserwował powolne pogarszanie widzenia. W innym ośrodku rozpoznano torbiel surowiczą tęczęwki i poddano go zabiegowi laserowemu, wytwarzając laserem argonowym otwór w torbieli, przez który jej zawartość samoistnie opróżniła się do komory przedniej. Wykonana procedura przyniosła czasową poprawę widzenia, a następnie ponowny, bardziej agresywny wzrost cysty. Według relacji pacjenta torbiel powstała po zabiegu fotokoagulacji, była większa niż pierwotna i w większym stopniu upośledzała ostrość wzroku (ryc. 1).

Przy przyjęciu podczas badania w lampie szczelinowej stwierdzono obecność rozległej dwukomorowej cysty, obejmującej nosową część tęczęwki i częściowo przesłaniającą otwór źreniczny. Ostrość wzroku wynosiła 0,05 bokiem. Stwierdzono

kontakt obwodowej części torbieli ze śródbłonkiem nosowej części rogówki, powodujący liniowe jej przymglenie.

Wykonano angiografię tęczęwki. Badanie nie wykazało patologicznego przecieku kontrastu z naczyń tęczęwkowych, co mogłoby sugerować złośliwość zmiany.

Chorego zakwalifikowano do leczenia operacyjnego. W pierwszym etapie za pomocą wiskoelastyku odpreparowano ścianę torbieli od śródbłonka rogówki. Następnie zaaspirowano zawartość torbieli, używając kaniuli. Łoża torbieli i jej zapadnięte ściany zostały skoagulowane endolaserem argonowym, który został wprowadzony do komory przedniej przez cięcie rogówkowe. Wykonano 60 impaktów laserowych. Zabieg zakończono krioaplikacją przyrąbkową, której celem było zniszczenie komórek nabłonka, mogące w przyszłości spowodować nawrót torbieli. Badanie cytologiczne płynu z torbieli wykazało obecność przewlekłego procesu zapalnego bez komórek złośliwych. Pooperacyjnie przez ok. 2 tygodnie utrzymywał się stan zapalny przedniego odcinka, słabo odpowiadający na leczenie farmakologiczne.

Ostrość wzroku po zabiegu operacyjnym wynosiła 0,6 i utrzymywała się na tym poziomie przez 4 miesiące. Po tym czasie zaobserwowano ponowne pogorszenie widzenia. W badaniu w biomikroskopie stwierdzono początkową zaćmę korową i podtorebkową przednią, a także częściowe przysłonięcie otworu źrenicznego przez tęczęwkę pociąganą w kierunku rąbka rogówki przez zrost tęczęwkowo-rogówkowy (ryc. 2). Nie stwierdzono nawrotu torbieli.

Sześć miesięcy po zabiegu u pacjenta ponownie doszło do znacznego upośledzenia ostrości wzroku. Stwierdzono niemal całkowite zasłonięcie źrenicy przez tęczęwkę, która była pocią-



Ryc. 1. Torbiel tęczęwki przed zabiegiem operacyjnym.
Fig. 1. Cyst of the iris, preoperatively.



Ryc. 3. Stan oka 6 miesięcy po zabiegu. Zaćma i niemal całkowite zaśłonięcie otworu źrenicznego. Bez nawrotu torbieli.

Fig. 3. Six months postoperatively; cataract and pupillary obstruction. No cyst regrowth.



Ryc. 2. Stan oka 4 miesiące po zabiegu z częściowym przesłonięciem otworu źrenicznego. Bez nawrotu torbieli.

Fig. 2. Four months postoperatively; pupil partially occluded. No cyst regrowth.



Ryc. 4. Stan oka 23 miesiące po pierwszym zabiegu. Pseudofakia i ponowne częściowe przesłonięcie otworu źrenicznego. Bez nawrotu torbieli.

Fig. 4. 23 months postoperatively; pseudophakia and recurrent partial pupillary obstruction. No cyst regrowth.

gana przez dwa pasma wzrostu tęczęwkowo-rogówkowego na godzinie 7.30 i 10.00, w miejscu pierwotnego, przedoperacyjnego przylegania torbieli do śródbłonna rogówki (ryc. 3).

Przeprowadzono ponowny zabieg operacyjny, podczas którego wykonano fakoemulsyfikację zaćmy (po założeniu retraktorów na tęczęwkę) z wszczepem soczewki tylnokomorowej, a także odpreparowano i częściowo przecięto zrosty przednie w celu uwolnienia pasm tęczęwki i wytworzenia właściwego otworu źrenicznego. Po zabiegu operacyjnym utrzymywał się stan zapalny przedniego odcinka, który słabo odpowiadał na leczenie miejscowe. Skutkiem tego było wytworzenie cienkiej błony włóknikowej na powierzchni soczewki. Ostrość wzroku wynosiła 0,4 i utrzymywała się na tym poziomie przez 6 miesięcy. Po tym czasie doszło do przymglenia tylnej torebki soczewki i pogorszenia widzenia. Stwierdzono również powtórny retrakcję tęczęwki przez zrosty przednie z niewielkim przesłonięciem otworu źrenicznego. Wykonano YAG kapsulotomię z jednoczesnym wytworzeniem otworu w pokrywającej soczewkę starej błonie włóknikowej.

Po laseroterapii utrzymywał się stan zapalny przedniego odcinka oka, doszło także do ponownego formowania się cienkiej błony wysiękowej na powierzchni sztucznej soczewki. Z tego powodu pół roku później wykonano kolejny zabieg laserowego wytworzenia otworu w centrum przedsoczewkowej błony włóknikowej.

Podczas ostatniej kontroli, 23 miesiące po pierwszym zabiegu operacyjnym, stwierdzono ponowne częściowe przesłonięcie źrenicy spowodowane zrostami tęczęwkowo-rogówkowymi (ryc. 4). Ostrość wzroku wynosiła 0,4, co wiążemy z przesunięciem otworu źrenicznego. Dno oka było prawidłowe, nie stwierdzono nawrotu torbieli. Przez cały okres obserwacji chorego nie zanotowano zwyczajek ciśnienia wewnątrzgałkowego.

Omówienie

Wtórne torbiele tęczęwki mogą być spowodowane implantacją komórek nabłonka rogówki lub spojówki do istoty właściwej tęczęwki podczas urazu drążącego lub przez nieszczelną ranę pooperacyjną. Wyróżniamy 3 rodzaje wtórnych torbieli

wszczepiennych: perlówce, surowicze i rozrost nabłonka (ang. epithelial downgrowth or ingrowth) (2, 3).

W opisanym przez nas przypadku torbiel została określona jako „surowicza”, a jej powstania upatrujemy z drążącym urazem oka w dzieciństwie.

Wskazaniem do leczenia wtórnych cyst jest pogorszenie widzenia, wysokie ciśnienie wewnątrzgałkowe, zapalenie błony naczyniowej i zaćma (3). Techniki chirurgiczne usuwania torbieli są różnorodne. Zaliczamy do nich: aspirację, kauteryzację, niszczenie endodiatermią (5), krioplikację (2,3), wstrzykiwanie alkoholu do torbieli (6), fotokoagulację lub kombinacje wymienionych technik (7,8). Leczenie najbardziej agresywne obejmuje radykalne wycięcie nieprawidłowego nabłonka wraz z otaczającymi tkankami, niekiedy z warstwowym przeszczepem rogówkowo-twardówkowym (4) i z eradykacją komórek przyrąbkowych kriosondą.

W opisanym przypadku początkowe (prowadzone w innym ośrodku) leczenie zachowawcze w postaci laseroterapii przyniosło czasową poprawę widzenia, a następnie nawrót torbieli, której wzrost był bardzo szybki. Terapia w przednim odcinku oka laserem argonowym lub laserem Nd:YAG może wywołać stan zapalny w komorze przedniej (2,9). Istnieje prawdopodobieństwo, że u naszego pacjenta proces zapalny mógł sprzyjać wzrostowi nabłonka, a przez to nawrotowi cysty. Zauważyliśmy, że kolejne zabiegi laserowe, wykonywane przez nas w tym oku, wywoływały silny stan zapalny z następczym tworzeniem się błony włóknikowej na soczewce i nasileniem trakcji tęczęwko-rogówkowej.

W klinice wrocławskiej zastosowano leczenie mało inwazyjne w postaci aspiracji zawartości torbieli, a następnie endofotokoagulacji łoża cysty (7). Maumenee (1) podaje, że chirurgiczne wycięcie cysty sprzyja rozsianiu komórek nabłonka. To z kolei zwykle zwiększa częstotliwość nawrotu torbieli, a także może doprowadzić do konwersji torbieli w rozlany rozrost nabłonka rogówki w przednim odcinku oka. Dlatego też pierwotny zabieg został wykonany bardzo ostrożnie, z dokładnym odpreparowaniem ścian torbieli od śródbłonka rogówki oraz ze zniszczeniem kriosondą przyrąbkowych komórek nabłonka, które mogłyby dać nawrót cysty. Nawrotowy proces przesłaniania otworu źrenicznego przez pociąganie tęczęwki zrostami przednimi sugeruje jednak, że w przednim odcinku pozostały komórki odpowiedzialne za powstawanie trakcji tęczęwko-rogówkowej. Możliwe, że wcześniejsze wykonanie zabiegu operacyjnego, zanim doszło do kontaktu ścian torbieli ze śródbłonkiem rogówki, zapobiegłoby nawracającemu przemieszczaniu tęczęwki z częściowym zastąpieniem otworu źrenicznego.

W omawianym przypadku interwencje chirurgiczne i laserowe w oku z wtórną torbielą wywoływały nadmierny stan zapalny przedniego odcinka ze wszystkimi opisanymi powyżej następstwami. Po przeanalizowaniu przebiegu procesu terapeutycznego możemy przypuszczać, że istnieje duże prawdopodobieństwo ponownego zastąpienia otworu źrenicznego u naszego pacjenta w ciągu kilku – kilkanastu miesięcy.

Niektórzy autorzy proponują rozpoczęcie leczenia od całkowitego wycięcia torbieli lub wrastającego nabłonka wraz z przyległą rogówką, tęczęwką, kątem przesączania i ciałem rzęskowym z pełnościennym przeszczepem rogówkowo-twardówkowym (4). Takie podejście do leczenia wydaje się nam zbyt

radykalne, może bowiem wiązać się ze znacznym nieodwracalnym uszkodzeniem struktur przedniego odcinka oka i dlatego powinno być zarezerwowane wyłącznie dla zmian źle rokujących i nawrotowych.

Wnioski

Usunięcie wtórnej inkluzyjnej torbieli tęczęwki i brak jej nawrotów można uzyskać, łącząc różne metody leczenia: chirurgiczną, laserową i krioterapię. Osiągnięty rezultat nie zawsze jednak wiąże się z satysfakcjonującym wynikiem funkcjonalnym i anatomicznym. W omawianym przez nas przypadku interwencja laserowa i chirurgiczna w oku z wtórną torbielą pozwoliła na jej całkowitą eradykację. Jednocześnie jednak wywołała przewlekły, uporczywy stan zapalny przedniego odcinka oka z konsekwencjami w postaci nawrotowych błon włóknikowych i nasileniem procesów proliferacyjnych w przedniej komorze.

Piśmiennictwo:

1. Maumenee AE, Paton D, Morse PH, Butner R: *Review of 40 histologically proven cases of epithelial downgrowth following cataract extraction and suggested surgical management*. Am J Ophthalmol 1970, 60, 598-603.
2. Stark WJ, Michels RG, Maumenee AE, Cupples H: *Surgical management of epithelial ingrowth*. Am J Ophthalmol 1978; 85, 772-780.
3. Marigo FA, Finger PT: *Anterior segment tumors: current concepts and innovations*. Surv Ophthalmol 2003, 48, 569-593.
4. Naumann GOH, Rummelt V: *Block excision of cystic and diffuse epithelial ingrowth of the anterior chamber; report on 32 consecutive patients*. Arch Ophthalmol 1992, 110, 223-227.
5. Tsai JC, Arrindell EL, O'Day DM: *Needle aspiration and endodiathermy treatment of epithelial inclusion cyst of the iris*.
6. Behrouzi Z, Khodadoust A: *Epithelial iris cyst treatment with intracystic ethanol irrigation*. Ophthalmology 2003, 110, 1601-1605.
7. Haller JA, Stark WJ, Azab A, Thomsen RW, Gottsch JD: *Surgical management of anterior chamber epithelial cysts*. Am J Ophthalmol 2003, 135, 309-313.
8. Cassey M, Cohen KL, Wallace DK: *Recurrence of iris stromal cyst following aspiration and resection*. J AAPOS 2002, 6, 255-256.
9. Naveh N, Rosner M, Zborowsky-Gutman L, Rosen N, Weissman C: *Comparison of effects of argon and neodymium:YAG laser iridotomy on prostaglandin E2 and blood aqueous barrier disruption*. Ophthalmic Res 1990, 22, 253-258.

Praca wpłynęła do Redakcji 20.07.2006 r. (872)
Zakwalifikowano do druku 11.09.2007 r.

Adres do korespondencji (Reprint request to):
dr n. med. Agnieszka Jamroz-Witkowska
Klinika Okulistyki CMKP
ul. Czerniakowska 231
00-416 Warszawa