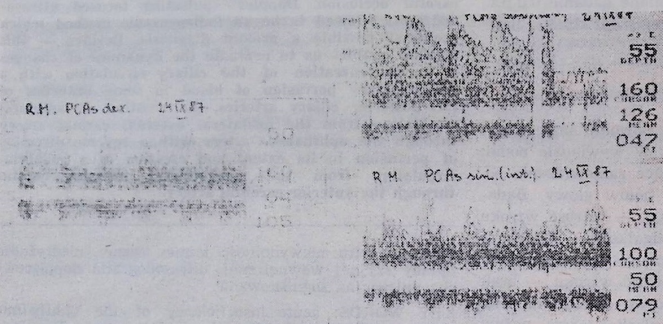


Ryc. 2. Krzywe prędkości przepływu krwi w tętnicach rzęskowych prawych i lewych oraz w obu tętnicach ocznych po 8 h od przyjęcia chorego do kliniki.



Ryc. 3. Krzywe prędkości przepływu krwi w tętnicach rzęskowych tylnych prawych i lewych po dwóch dniach.

wem — ryc. 3. Dno o.l. — tętnice siatkówki wypełniły się krwią, objaw wiśni w plamce, siatkówka zaróżowiła się na obwodzie, pozostała biała między tarczą nerwu wzrokowego a plamką.

Do leczenia włączono trental — 2×300 mg we wlewie dożylnym.

W trzeciej dobie zanotowano odwrotny kierunek przepływu krwi w t.o. lewej — co świadczy o rozpoczynającym się krążeniu obocznym od lewej tętnicy szyjnej zewnętrznej.

W ciągu następných dni następowała systematyczna poprawa w ostrości wzroku, wyglądzie siatkówki i wynikach badań u.d.p.z.

W dniu wypisu chorego do domu (po 2 tyg.) ostrość wzroku wynosiła 3/50, obecne były mroczki w polu widzenia. W badaniu u.d.p.z. stwierdzono: 1) w pełni wyrównany przepływ krwi we wszystkich gałęziach t.r.z.t. lewych, 2) obniżony przepływ krwi w t.s.w. lewej, 3) odwrotny kierunek przepływu krwi w t.o. lewej, 4) prawidłowy, wyrównany przepływ krwi w tętnicach mózgowych po stronie prawej i lewej, znacznie wyższy niż w dniu przyjęcia chorego do kliniki, 5) bardzo wysoki przepływ krwi w prawej tętnicy mózgowej przedniej, co świadczy o wyrównanym krążeniu obocznym od prawej t.s.w.

U chorego wykonano angiografię dożylną, która potwierdziła istnienie niedrożności t.s.w. lewej w odcinku wewnątrzczaszkowym, przed odejściem tętnicy ocznej.

U.d.p.z. okazała się cenną metodą umożliwiającą postawienie niemalże natychmiastowego rozpoznania, w tym przypadku nie tylko niewydolności t.o., ale i zaburzeń drożności t.s.w., co zostało następnie potwierdzo-

no metodą inwazyjną (angiografia dożylna). Ponadto metoda ta umożliwiła ocenę dynamiki zmian — odzwierciedlenie się krążenia rzęskowego z kompensacyjnym przepływem krwi w niektórych gałęziach t.r.z.t., wytworzenie krążenia obocznego od lewej tętnicy szyjnej zewnętrznej poprzez tętnicę oczną i od prawej tętnicy szyjnej wewnętrznej poprzez tętnice mózgowie przednie.

Powstaje pytanie, jaki był mechanizm, który spowodował o.n.t.o? Najbardziej prawdopodobnym wytłumaczeniem wydają się zaburzenia hemodynamiczne w obrębie tętnicy ocznej — nagłe przerwanie dopływu krwi do t.o. z powodu niedrożności t.s.w. poniżej t.o. Mniej prawdopodobne wydaje się zamknięcie samej t.o., gdyż już w trzeciej dobie stwierdzono w niej wyraźny przepływ, jakkolwiek z odwrotnym kierunkiem, a śladowy przepływ pojawił się już po 8 h.

PIŚMIENNICTWO

1. Augustyniak E.: Ocena krążenia mózgowego u ludzi zdrowych przy użyciu ultrasonografii dopplerowskiej przezczaszkowej. Pol. Tyg. Lek. (w druku). — 2. Augustyniak E., Świelticzko I.: Nowe możliwości oceny krążenia siatkówkowego i naczyńiworkowego metodą ultrasonografii dopplerowskiej pulsacyjnej zogniskowanej. Klin. oczna 90: 384-386 (1988). — 3. Augustyniak E., Synder A.: Ostre niedokrwienie siatkówki i nerwu wzrokowego w przebiegu zakrzepicy tętnicy szyjnej wewnętrznej. Klin. oczna 86: 173-174 (1984). — 4. Brown G.C., Magargal L.E., Sergott R.: Acute obstruction of the retinal and choroidal circulations. Ophthalmology 93: 1373-1382 (1986). — 5. Kinyoun J.L., Kalina R.E.: Visual loss from choroidal ischemia. Amer. J. Ophthalm. 101: 650-656 (1986).

Praca wpłynęła: 29.10.1987 (nr 5253).

GUZY mieszane są charakterystyczne dla tkanek gruczołowych o utkaniu surowiczym. Najczęściej występują w śliniankach przyusznych, ale spotyka się je także w gruczole łzowym, migdałkach podniebiennych, a nawet w tchawicy. Guzy mieszane gruczołu łzowego stanowią jedynie 1% wszystkich guzów mieszanych spotykanych w organizmie i dlatego mogą sprawiać duże trudności diagnostyczne.

OPIS PRZYPADKU

Chora G.K., 49-letnia, ogólnie zdrowa, została przyjęta do kliniki w 1983 r. z powodu wytrzeszczu znacznego stopnia z niedomykalnością szpary powiekowej, wysychania gałki ocznej i pojedynczych ubytków nabłonka rogówki oka prawego. Z wywiadu wynikało, że od trzech lat obserwowano narastanie wytrzeszczu tego oka, dwojenie oraz wyczuwała w części skroniowej, nieco poniżej górnego brzegu oczodołu, stopniowo powiększający się guzek. Nie odczuwała przy tym upośledzenia ostrości wzroku. Obserwowana od roku nie wyrażała zgody na proponowany zabieg operacyjny. Dopiero znaczny ból i nasilenie się wytrzeszczu spowodowały zmianę tej decyzji.

Stan po przyjęciu: *vis. o.d.* — liczy palce przed okiem, Ze względu na wypchnięcie gałki ocznej i tkanek oczodołu ku przodowi powieki całkowicie nieruchome. Odległość szczytu rogówki od bocznej ściany oczodołu powyżej 40 mm. Gałka oczna zepchnięta ku dołowi i stronie przysrodkowej. W porównaniu z okiem drugim szczyt rogówki obniżony o 4 mm. Ruchomość gałki ocznej całkowicie zniesiona ku górze i na zewnątrz, zaś w niewielkim stopniu zachowana w kierunku dołu i nosa. Między rogówką, a wolnymi brzegami powiek widoczna wałowato obrzęknięta, silnie przekrwiona spojówka. Rogówka w całości matowa, nieco przymglona, z licznymi, powierzchownymi, punktowatymi ubytkami nabłonka i pojedynczymi pofałdowaniami blaszki granicznej tylnej. Dalsze odcinki niemożliwe do dokładnej oceny.

O.l. zdrowe, z pełną ostrością wzroku.

Podstawowe badania laboratoryjne w normie.

Badanie USG: w prawym oczodole stwierdzono od góry i skroni w miejscu gruczołu łzowego masę o wzmożonej gęstości akustycznej.

Tomografia komputerowa oczodołu prawego: cały oczodół prawy wypełnia nieprawidłowa tkanka bez cech naciekania do jamy czaszki, która zmniejsza się po podaniu środka cieniującego. Sugeruje to guz pochodzenia naczyniowego.

Konsultacja onkologiczna: zalecono usunięcie guza i ponowną konsultację po otrzymaniu wyniku histopatologicznego.

Wykonano orbitotomię usuwając guz o wymiarach 3×2 cm wychodzący z gruczołu łzowego o nierównej powierzchni, kruchy, silnie krwawiący, miękkie, nie dający się w całości oddzielić. Wycięto go wobec tego wraz z marginesem tkanek otaczających.

Badanie histopatologiczne: *adenoma pleomorphum gl. lacrimalis (tu mixtus)* — bez cech złośliwości (ryc. 1).

Z Kliniki Okulistycznej AM w Warszawie, kierownik: prof. dr med. Tadeusz Kęciak

Reprint request: to: Prof. dr med. Tadeusz Kęciak, ul. Prosta 2/14 m. 75; 00-850 Warszawa, Poland

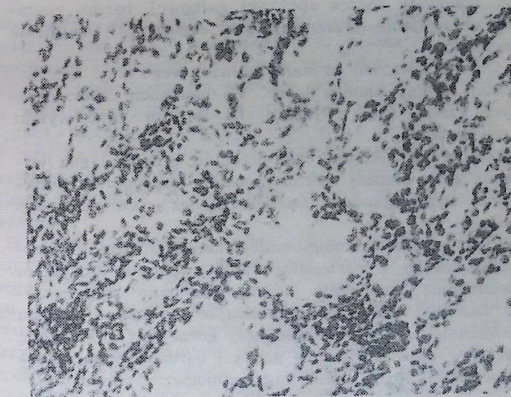
TADEUSZ KĘCIK, ALICJA MOSZCZYŃSKA-KOWALSKA, JOANNA CISZEWSKA i EWA WALCZAK

Guz mieszany gruczołu łzowego

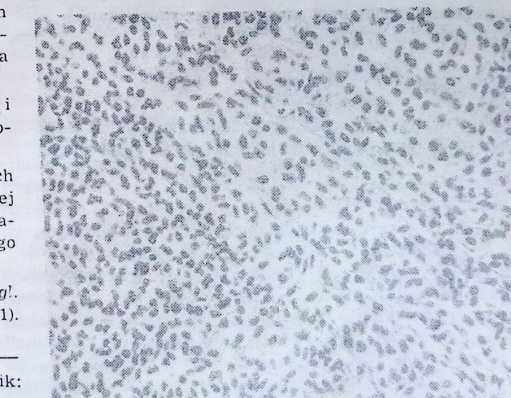
MIXED TUMOR OF THE LACRIMAL GLAND

Presented is a case of a woman-patient with a mixed tumor of the lacrimal gland which grew to an infrequently seen size. The tumor was excised and identified as a non-malignant one. Three years after surgery came a renewed extensive expansion of the tumor. Exenteration of the orbit was performed and histopathological examination revealed a mixed malignant tumor of the gland.

HASŁA: guz mieszany, oczodół, gruczoł łzowy
KEY WORDS: mixed tumor, orbit, lacrimal gland



Ryc. 1. *Tumor mixtus*: gruczolopodobne układy komórek ze śladowymi ilościami wydzielin (górna część ryciny). Powiększenie 160×.



Ryc. 2. *Tumor mixtus*: różnorodność strukturalna, po prawej stronie ryciny struktury tubularne. Powiększenie 160×.