

LECZENIE zmian pourazowych gałki ocznej jest jednym z najbardziej uciążliwych problemów chirurgicznych, gdyż urazy oczu wykazują olbrzymią różnorodność, zarówno uszkodzeń mechanicznych, jak również powikłań wtórnych^{1,2,4}.

Urazy są aktualnie trzecim co do częstości wskazaniem do witrektomii^{3,6}. Technika ta stwarza nowe, ważne możliwości leczenia niektórych przypadków uszkodzeń pourazowych gałki ocznej^{2,7}.

MATERIAŁ WŁASNY

W naszej klinice w okresie 1977-1984 wykonano 116 zabiegów z zastosowaniem witrektomii przedniej w uszkodzeniach pourazowych gałki ocznej. Wszystkie operacje wykonano z zastosowaniem witrektomu Berkeley'a lub Opticonu i mikroskopu operacyjnego.

Witrektoom wprowadzany był w większości przypadków przez *pars plana*, a w niewielu tylko zabiegach przez cięcie rąbkowe. Rodzaj uszkodzeń pourazowych, przy których wykonywano witrektomię przednią przedstawia tab. I.

Tabela I

Rodzaj zmian pourazowych w których wykonano witrektomię przednią	n
Ciało szkliste w komorze przedniej	56
Zmiany zapalne i błony wysiękowe w obrębie żrenicy	33
Przemieszczenie pourazowe soczewki	17
Zaćma urazowa	10

Zabiegi z wykorzystaniem witrektomii przedniej wykonywano jako pierwotne zaopatrzenie chirurgiczne w 21 przypadkach, bądź też wtórnie w 95. W 7 przypadkach wystąpiło krwawienie śródoperacyjne z naczyń tęczówki do komory przedniej, a w 3 doszło do niewielkiego uszkodzenia tęczówki.

Z powikłań pooperacyjnych należy wspomnieć o dużym odczynie zapalnym typu nawrotowego *iridocyclitis* w 6 przypadkach. Wyniki funkcjonalne po wykonanych zabiegach przedstawia tab. II.

Tabela II

Rodzaj zmian pourazowych odcinka przedniego gałki ocznej	Ostrość wzroku przy wypisie z korekcją		
	poniżej 5/50	5/50-5/12	5/10 i powyżej
Ciało szkliste w komorze przedniej	19	29	8
Zmiany zapalne i błony wysiękowe w obrębie żrenicy	8	14	11
Przemieszczenia pourazowe soczewki	5	8	4
Zaćma urazowa	2	4	4

Interpretacja wyników tak funkcjonalnych, jak i anatomicznych jest trudna, ponieważ zależy od rodzaju i rozległości uszkodzenia pierwotnego, a także od powikłań pourazowych wtórnych.

Z I Kliniki Okulistycznej AM w Katowicach, kierownik: prof. dr med. *Ariadna Gierek-Lapińska*

Reprint requests to: Doc. dr med. *Jerzy Szaflik*, ul. Kępowa 22 P, 40-583 Katowice, Poland

JERZY SZAFLIK i WANDA ROMANIUK

Witrektomia przednia w leczeniu uszkodzeń pourazowych gałki ocznej

ANTERIOR VITRECTOMY IN THE TREATMENT OF POSTTRAUMATIC LESIONS OF THE EYE

The authors analyse the results of 116 operations in which they performed anterior vitrectomy using the Berkeley's and Opticon vitrectomes. Operations of this type have been performed in cases of traumatic cataract, subluxated and luxated lenses. One removed also postinflammatory membranes and the vitreous from the anterior chamber and from the area of the wound. The functional and anatomical results have to be acknowledged as satisfactory.

HASŁA: witrektomia przednia, urazy gałki ocznej
KEY WORDS: anterior vitrectomy, eyeball injuries

OMÓWIENIE

Na podstawie obserwacji i otrzymanych wyników można sądzić, że uszkodzenia urazowe przedniego odcinka gałki ocznej i części rozciągającej się do równika mogą być leczone w sposób zadowalający za pomocą witrektomii przedniej.

Urazowe uwięźnięcie ciała szklistego w komorze przedniej może powstać po pierwotnym zaopatrzeniu zranienia powodując wiele powikłań, takich jak: wtórny obrzęk rogówki, blok żreniczny i jaskra wtórna, a również przewlekły torbielowaty obrzęk plamki.

Leczenie polega na wycięciu pasm włóknistych szkliski łączących się z rogówką i oczyszczeniu komory przedniej z ciała szklistego, najlepiej wejściem przez *pars plana*. Rogówka najczęściej regeneruje się, o ile nie nastąpiło już wcześniej znaczne zniszczenie komórek śródbłonka.

Blok żreniczny pojawia się gdy ciało szkliste zamyka przestrzeń żreniczną powodując spływanie komory przedniej oraz zamknięcie kąta komory przedniej i jaskrę wtórną. Terapia farmakologiczna polegająca na stosowaniu mydriatyków i leków hiperosmotycznych może być pomocną w zlikwidowaniu bloku żrenicznego, ale nie daje zwykle dobrego wyniku, jeżeli istnieją rozległe zrosty pomiędzy tęczówką a ciałem szklistym. Witrektomia przednia likwiduje najczęściej opisane objawy, chociaż może wystąpić jaskra wtórna przy obecności zrostów obwodowych i dlatego należy ją wykonywać wcześniej.

Przepuklina szkliski powodująca torbielowaty obrzęk plamki także może być z powodzeniem leczona tą metodą. Mechanizm powodujący obrzęk plamki jest wyjaśniany w różny sposób, ale najprawdopodobniej związany jest z trakcją szkliski i jej uciskiem na tęczówkę i ciało rzęskowe, co z kolei powoduje zapalenie naczyń siatkówki wywołane bezpośrednio przez uwalnianie prostaglandyn. Zapalenie naczyń powoduje zanik normalnej ich przepuszczalności z przeciekiem płynu i obrzękiem śródsiatkówkowym tworzącym powierzchnię torbielowatą. Ostrość wzroku pacjentów, u których wy-

konano witrektomię w tych przypadkach poprawia się w ok. 50%. Przed zakwalifikowaniem do zabiegu obrzęk torbielowaty plamki powinien być potwierdzony angiograficznie. Oczy, które po stosowaniu terapii sterydowej wykazują zmniejszenie obrzęku, ulegają dalszej poprawie po wykonaniu witrektomii.

Witrektomia w chirurgii przemieszczonej soczewki i w zaćmie urazowej w wyselekcjonowanych przypadkach winna być również wykonywana przez *pars plana*. Stosując tę metodę w zaćmach urazowych eliminuje się lub zmniejsza uszkodzenia śródbłonka rogówki. Jeżeli soczewka jest ruchoma może być ona nakłuta igłą lub ostrzem ze światłowodem wprowadzonym przez *pars plana* z przeciwnej strony po to aby ją ustabilizować. Miękki materiał soczewkowy jest łatwo usuwany witrektotomem. Jeżeli przemieszczoną soczewkę podejrzewa się o twarde jądro, preferuje się nacięcie rąbkowe i ekstrakcję soczewki za pomocą kriosondy, a następnie przez to samo nacięcie wykonuje się witrektomię przednią w celu usunięcia pozostałego materiału soczewkowego i w celu usunięcia szkliski wypadniętej do komory przedniej. Uzyskanie dobrego rezultatu przy użyciu tej metody wymaga dużego doświadczenia, gdyż istnieje ryzyko komplikacji siatkówkowych.

Reasumując należy stwierdzić, że zastosowanie witrektomii przedniej stwarza nowe możliwości w leczeniu zmian urazowych i zapobieganiu powikłaniom spowodowanym przemieszczeniem szkliski do przedniego odcinka gałki ocznej.

PIŚMIENNICTWO

1. *Chermet M., Chaltier P., Van Effenterre G.*: Utilisation du vitrectome dans les interventions sur le segment antérieur. Bull. Soc. franç. Ophtal. 87: 229-235 (1977).
2. *Diamond J., Kaplan A.*: Lensectomy and vitrectomy for complicated cataract secondary to uveitis. AMA Arch. Ophthal. 96: 1798-1804 (1978).
3. *Mitchels R.G.*: Vitrectomy methods in penetrating ocular trauma. Ophthalmology 87: 7-9 (1980).
4. *Morar S., Lacombe E.*: Traitement de la cataracte traumatique par phacophagie. Bull. Soc. franç. Ophtal. 91: 54-57 (1980).
5. *Peyman G.A., Raichand M., Goldberg M.F., Ritaca D.*: Management of subluxated and dislocated lenses with the vitreophage. Brit. J. Ophthal. 63: 771-778 (1979).
6. *Ryan S.J., Allen A.W.*: Pars plana vitrectomy in ocular trauma. Amer. J. Ophthal. 88: 483-491 (1979).
7. *Treister G., Macherer R.*: Pars plana surgical approach for various anterior segment problems. AMA Arch. Ophthal. 96: 909-911 (1979).

Praca wpłynęła: 7.06.1987 (nr 5181).