

Badanie gonioskopowe wykazało we wszystkich oczach szeroki, otwarty kąt przesączania z dużą ilością barwnika. W 17 oczach stwierdzono duże zaniki tęczywności i zwieracza źrenicy. Złogi w postaci białawych strzępków zlokalizowane były zawsze wokół otworu źrenicznego i widoczne po poszerzeniu źrenicy na przedniej stronie soczewki (19 oczu), w kącie przesączania (u jednego chorego) oraz na przedniej błonie granicznej ciadnego chorego) oraz na przedniej błonie granicznej ciadnego chorego) oraz na przedniej błonie granicznej ciadnego chorego) oraz na przedniej błonie granicznej ciadnego chorego).

W 26 oczach stwierdzono początkowe, a w 4 całkowicie zmniejszenia w soczewce. W 7 oczach tarcza n. II była prawidłowa, w 4 z powodu nieprzezroczystości ośrodków optycznych — niewidoczna, a w pozostałych 28 oczach występowały uszkodzenia jaskrowe w różnym stadium zaawansowania.

Wszyscy chorzy byli początkowo leczeni zachowawczo różnymi lekami. Stosowano 1% i 2% pilokarpinę, 0,25% i 0,5% timoptik, 5% ismelinę i 1% isopto-epinal, zaś ogólnie diuramid. Unormowano ciśnienie jedynie u 2 pacjentów. Jeden chory nie wyraził zgody na leczenie operacyjne, pozostałych 24 operowano. W 12 oczach wykonano trabekuloplastykę laserową (raz lub dwukrotnie) używając lasera argonowo-kryptonowego, uzyskując normalizację ciśnienia śródgałkowego w 5 oczach. U pozostałych 7 ze względu na nieskuteczność trabekuloplastyki laserowej wykonano mikrochirurgiczną operację przetokową *Elliot-Fronimopoulosa*. W dalszych 16 oczach normalizację ciśnienia śródgałkowego uzyskano wykonując jako pierwszy zabieg goniotrepanację. Przebieg pooperacyjny był zawsze prawidłowy, po wszystkich zabiegach przetokowych utworzyły się blizny filtracyjne a ciśnienie śródgałkowe unormowało się. Wyjątek stanowił jeden chory z bardzo zaawansowanym schorzeniem, u którego wystąpiła hipotonia a następnie zanik gałki ocznej.

U 3 chorych przeprowadzono operacyjne usunięcie całkowicie zmniejszonej soczewki. U jednej osoby wykonano poprzednio operację przetokową, u drugiego po kriekstrakcji ciśnienie śródgałkowe unormowało się, natomiast w trzecim przypadku, ze względu na stale podwyższone ciśnienie w oku bezsoczewkowym, wykonano z dobrym skutkiem w drugim etapie operację przetokową.

Dwóch chorych (dwoje oczu bez poczucia światła) nie wyraziło zgody na zabieg operacyjny, jeden chory nie zgłosił się do badania kontrolnego.

Czas obserwacji po zabiegu operacyjnym wynosił od 1/2 roku do 5 lat. Ostrość wzroku w dal z części chorych pogorszyła się (tab. II), u 8 osób stwierdzono brak poczucia światła lub jedynie poczucie światła. W 5 oczach ostrość wzroku wynosiła od 0,8 do 1,0.

Tabela II. Ostrość wzroku w dal po leczeniu

Ostrość wzroku	n
brak poczucia światła	4
poczucie światła	4
0,02—0,1	5
0,1—0,4	11
0,5—0,7	9
0,8—1,0	5
Razem	38*

* jedna osoba nie zgłosiła się do badania kontrolnego

Dobrą ostrość wzroku z bliska (0,5—0,6) miało po leczeniu 10 oczu, nie odczytywało znaków 7 oczu. Prawidłowe pole widzenia stwierdzono jedynie w 2 oczach, w 6 było niewykonalne z powodu słabej ostrości wzroku, w pozostałych wystąpiły różnego stopnia jego uszkodzenia.

W 6 dotychczas przezroczystych soczewkach pojawiły się zmniejszenia. Zaobserwowano je więc aż w 36 badanych oczach. Tarcza n. II była prawidłowa w 7 oczach, w 5 była niewidoczna, w pozostałych występowało jej jaskrowe zagłębienie.

OMÓWIENIE

Jak wynika z naszych danych, jaskra w zespole pseudozłuszczeniowym torebki soczewki jest schorzeniem rzadkim. W Gabinetie Leczenia Jaskry naszej Kliniki w ciągu 10 lat rozpoznano i leczono jedynie 27 takich przypadków, mimo że leczy się tu wiele osób z 8 województw Polski południowo-wschodniej.

Zespół pseudozłuszczeniowy występuje znacznie częściej w krajach skandynawskich^{4,7,13}. W Norwegii zespół ten stwierdza się, według *Cebona*¹, u 93% populacji i 79% mieszkańców Oslo, natomiast jaskra występuje tylko w 23% oczu z zespołem rzekomozłuszczeniowym jednostronnym i w 36% oczu w zespole obustronnym.

Według *Rotha*¹⁰, częstość jaskry w przypadkach obustronnych jest większa (62%).

Schorzenie to jest typowe dla osób starszych^{2,4,7,14}. Podana przez nas średnia wieku 73 lata jest zgodna z wynikami *Brooksa*² (70±0,4), *Rotha*¹⁰ (73 lata), *Hansena*⁴ czy *Tarkkanena*⁷.

Bardzo często u pacjentów z zespołem rzekomozłuszczeniowym występuje zaćma^{7,8,15}. W naszym materiale stwierdzono ją w 92% oczu, co jest zgodne z obserwacjami *Rotha*¹⁰ i *Tarkkanena*¹¹.

Leczenie tej postaci jaskry jest trudne, a efekty postępowania zachowawczego najczęściej niezadowalające^{2,7}. Wśród zabiegów operacyjnych najczęściej, ze względu na obfitą pigmentację kąta przesączania, początkowo wykonuje się trabekuloplastykę laserową^{2,3,5}, a w przypadku jej nieskuteczności — operację przetokową^{2,5,10,16}.

U naszych chorych w 5 z 12 leczonych trabekuloplastyką laserową oczu ciśnienie się unormowało, ale czas obserwacji jest stosunkowo krótki. Odległe wyniki leczenia laserem są bowiem gorsze ze względu na bliznowacenie pasma rógówkowo-twardówkowego, co znalazło potwierdzenie w naszym, skromnym materiale.

Nadal wydaje się, że najskuteczniejsze są mikrochirurgiczne zabiegi przetokowe pod płatkami twardówki. W naszym materiale unormowano ciśnienie śródgałkowe w 22 z 23 oczu operowanych metodą *Elliot-Fronimopoulosa*.

Jak wynika z opracowanego materiału, mimo że jaskra w zespole pseudozłuszczeniowym torebki soczewki jest schorzeniem w naszej szerokości geograficznej rzadkim, to uszkodzenie funkcji w tej jednostce chorobowej jest duże. Związane to jest z jednej strony ze zmniejszoną tolerancją na podwyższone ciśnienie śródgałkowe u osób starszych i, co się z tym wiąże, z występowaniem znacznych uszkodzeń pola widzenia przed rozpoczęciem leczenia. Z drugiej strony najczęstszą przyczyną pogorszenia się ostrości wzroku u osób starszych jest zaćma i dlatego większość przypadków rzekomego złuszczenia się torebki soczewki jest w pierwszej fazie tak rozpoznawana i leczona. Błędów tych można uniknąć stosując zasadę wnikliwego badania oka po poszerzeniu źrenicy gdy jest to możliwe oraz oglądania kąta rógówkowo-twardówkowego.

Wczesne leczenie zespołu rzekomego złuszczenia torebki soczewki znacznie poprawia rokowanie.

PIŚMIENNICTWO

1. *Arkin W.*: Jaskra i jej leczenie. (PZWL, Warszawa 1966).
2. *Brooks A., Gillies W.E.*: The presentation and prognosis of glaucoma in pseudoexfoliation of the lens capsule. *Ophthalmology* 95: 271—276 (1988).
3. *Brubaker R., Liesegang T.*: Effects of trabecular photo-coagulation on the aqueous humor dynamics of the human eye. *Amer. J. Ophthal.* 96: 139—147 (1983).
4. *Cebon L., Smith R.J.H.*: Pseudoexfoliation of lens capsule and glaucoma: case report. *Brit. J. Ophthal.* 60: 279—282 (1976).
5. *Ciechanowska H., Cichoci T.*: Pseudoexfoliation capsulae lentis in obrazie klinicznym i histologicznym. *Klin. oczna* 36: 385—389 (1966).
6. *Hansen E., Sellevoid O.J.*: Pseudoexfoliation of the lens capsule. I. Clinical evaluation with special regard to the presence of glaucoma. *Acta Ophthal.* 46: 1095—1104 (1968).
7. *Krause V., Tarkkanen A.*: Cataract and pseudoexfoliation: a clinicopathologic study. *Acta Ophthal.* 56: 329—334 (1978).
8. *Layden W.E., Shaffer R.N.*: Exfoliation syndrome. *Amer. J. Ophthal.* 78: 825—841 (1974).
9. *Lustgarten J., Podos S.M., Ritch R., Fischer R., Stetz D., Zborowski L., Boas R.*: Laser trabeculoplasty. *AMA Arch. Ophthal.* 102: 517—519 (1984).
10. *Roth M., Epstein D.L.*: Exfoliation syndrome. *Amer. J. Ophthal.* 89: 477—481 (1980).

11. *Osterczy-Słowińska H.*: Kliniczna wartość badania tonograficznego w jaskrze. *Folia Med. Crac.* 10: 221—247 (1968).
12. *Smoleńska-Janicowa D., Rudobiel-ski K.*: Badania nad związkiem zespołu złuszczeniowego z autoagresją. I. Przegląd piśmiennictwa. *Klin. oczna* 82: 591—593 (1980).
13. *Smoleńska-Janicowa D., Andrzejewska A., Kurasz S.*: Badania nad związkiem zespołu złuszczeniowego z autoagresją. II. Wyniki badań histomorficznych i ultrastrukturalnych tkanek oka. *Klin. oczna* 83: 285—288 (1981).
14. *Smoleńska-Janicowa D., Bernacka K.*: Badania nad związkiem zespołu złuszczeniowego z autoagresją. III. Wyniki badania cieczy wodnistej. *Klin. oczna* 84: 99—100 (1982).
15. *Stefani F.H.*: Klinischer Befund und Makro-pathologie des vorderen Augensegmentes. *Klin. Mbl. Augenhk.* 179: 5—12 (1981).
16. *Sugar H.S.*: Das Exfoliationssyndrom: Ursache fibrillären Materials auf der Linsenkap-sel. *Klin. Mbl. Augenhk.* 169: 1—6 (1976).
17. *Vogt A.*: Ein neues Spaltlampenbild des Prysillengebietes: Hellblauer Pupillensaumfilz mit Hautchenbildung auf der Linsenvorderkapsel. *Klin. Mbl. Augenhk.* 75: 1—12 (1925).
18. *Zygulska-Machowa H.*: Rzekome złuszczenie się torebki soczewki. (w:) *Orłowski W.J.*: Okulistyka współczesna, 199—200 (PZWL, Warszawa 1977).

Praca wpłynęła: 10.07.1990 (nr 5678).