

Jałowe krople do oczu zawierające:  
diklofenak sodowy 1 mg/ml,  
tiomersal 0,04 mg/ml  
w butelce z zakraplaczem á 5 ml.

#### Wskazania:

Hamowanie zwięzania źrenicy  
podczas operacji zaćmy.  
Leczenie pooperacyjnych  
stanów zapalnych.  
Przed i pooperacyjna  
profilaktyka torbielowego  
obrzęku plamki związanego  
z usunięciem soczewki  
i wszczepieniem sztucznej.  
Nieinfekcyjne stany zapalne  
przedniego odcinka oka.  
(np. przewlekłe zapalenie  
spojówek o nieinfekcyjnej  
etiologii)

Leczenie pourazowych  
stanów zapalnych (środek  
uzupełniający dla  
miejscowego postępowania  
przeciwbakteryjnego).


Szczegółowe informacje  
dotyczące dawkowania,  
przeciwwskazań, oddziaływań  
niepożądanych znajdują Państwo  
w materiałach informacyjnych  
firmy CIBA VISION.

Wszelkie informacje odnośnie  
leków do oczu firmy  
CIBA VISION udziela:

Przedstawicielstwo CIBA VISION  
Pharm Supply Ltd.  
02-954 Warszawa  
ul. Marconich 6/1  
tel./fax: 642 87 77, 642 33 31

**CIBAVision®**  
**Ophthalmics**

diklofenak sodowy 0,1%



# Naclof



**UNIwersalny Lek  
NIESTERYDOWY O DZIAŁANIU  
PRZECIWZAPALNYM I PRZECIWBÓLOWYM**

#### Wykazuje on:

- unikalny, dwutorowy, mechanizm działania
- silne działanie przeciwzapalne, równe kortykosterydów
- znaczące działanie przeciwbólowe
- brak oddziaływań niepożądanych typowych dla kortykosterydów
- jest dobrze tolerowany

## Prace kazuistyczne

Klinika Oczna 1997, 99 (4): 265-267  
ISSN 0023-2157 Indeks 362 646

### Przypadek zespołu Cogana-Reese'a („znamię” tęczówki)

A case of Cogan-Reese syndrom (iris naevus syndrome)

Antoni Bąk

**Abstract:** A case of 37 years old woman with a classic form of Cogan-Reese iris naevus syndrome is presented. Closure angle glaucoma, being a part of syndrome, with glaucomatous disc damage was initially treated with drugs (betaxolol, trusopt) without effective IOP decrease. A surgery was performed (goniotrepanatio by Fronimopoulos modified by Palmberg, but without iridectomy). 5 fluorouracyl subconjunctival injections were given to the patient postoperatively for 5 days. We received a good IOP control on the level of 12 mm Hg. The visual acuity was 1.0 after surgical procedure. We wanted to present this case because of its rarity and a typical surgical procedure (without applying iridectomy).

**Słowa kluczowe:** zespół Cogana-Reese'a, zespół znamienia tęczówki, jaskra, zespół rogówkowo-tęczówkowo-śródblonkowy

**Key words:** Cogan-Reese syndrome, iris naevus syndrome, glaucoma, Iridocorneal endothelial syndromes

Zespół Cogana-Reese'a (ZCR) opisany po raz pierwszy w 1969 r. jest schorzeniem nabytym z grupy śródblonkowo-rogówkowo-tęczówkowych. Do tej grupy zalicza się też zespół Chandlera i zespół zaniku tęczówki (*essential iris atrophy*) (1, 3, 4, 6-9).

Cechą charakterystyczną tych zespołów jest patologiczne rozprzestrzenianie się nieprawidłowych komórek śródblonka rogówki przez przednią komorę do tęczówki (1, 3, 4, 10) lub pobudzenie przez te komórki błony Descemeta do proliferacji (1, 6, 7). Wraz z substancją zewnątrzkomórkową (*extracellular matrix*) proliferujące komórki tworzą „drugą błonę Descemeta” (1), która obkurcza się, co prowadzi do tworzenia się zrostów przednich, pociągania tęczówki i powstawania otworów, zaniku zrębu tęczówki i jej niedotlenienia, tworzenia guzków barwnikowych, wywinięcia nabłonka barwnikowego tęczówki i przeciągania źrenicy. Zmiany te występują w różnym stopniu i różnych rela-

cjach w trzech wymienionych schorzeniach zespołu śródblonkowo-rogówkowo-tęczówkowego (6, 9).

Jaskra, charakterystyczna dla tego zespołu, jest następstwem zamykania *trabeculum* przez tę błonę oraz zrostów przednich, które typowo sięgają do – lub poza pierścień Schwalbego. Jest ona trudna do leczenia. Leczenie zachowawcze jest zwykle nieskuteczne, a chirurgiczne utrudnione z uwagi na konieczność operowania tkanek nieprawidłowych i zarastanie przetoki przez proliferującą tkankę (4, 5, 8).

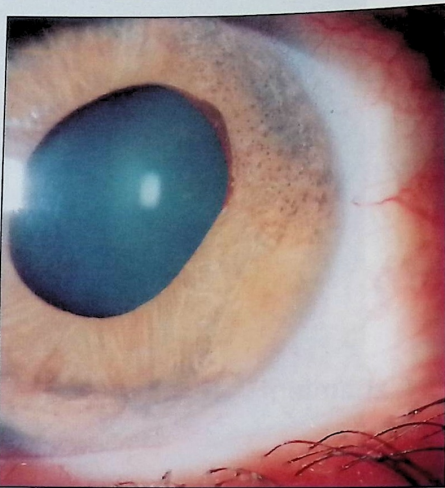
Zespół Cogana-Reese'a dotyczy młodych kobiet i występuje jednostronnie (2). Na podstawie wyników badań wyróżnia się trzy odmiany zespołu (od którego zespół wziął nazwę) z charakterystycznymi guzkami, będącymi wyspami „wyrywanych” ze zrębu tęczówki melanocytów otoczonych proliferującą tkanką (1), ogniska zaniku tęczówki przy jej podstawie oraz zatarcie jej struktur, wywinięcie listka barwnikowego, a także zrosty przednie i przymglenie rogówki o różnym nasileniu. Po między obszarami zmienionej tęczówki mogą występować jej segmenty o prawidłowej budowie (1).

Zespół Cogana-Reese'a różnicuje się ze schorzeniami tej samej grupy, a mianowicie:

– z zespołem Chandlera, w którym przeważa atrofia tęczówki z otworami i obrzęk rogówki (9),

Z Oddziału Okulistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Krośnie  
Ordynator: lek. med. Antoni Bąk

Adres do korespondencji (Reprint requests to):  
Lek. med. Antoni Bąk  
ul. Niepodległości 22/16  
38-400 Krosno



Ryc. 1. Zdjęcie przedniego odcinka oka prawego  
Fig. 1. Anterior segment photograph of right eye

– z zespołem zaniku tęczówki, w którym otwory są olbrzymie, a przemieszczenie źrenicy znaczne,  
– oraz z innymi chorobami o podobnych zmianach, do których należą (1):

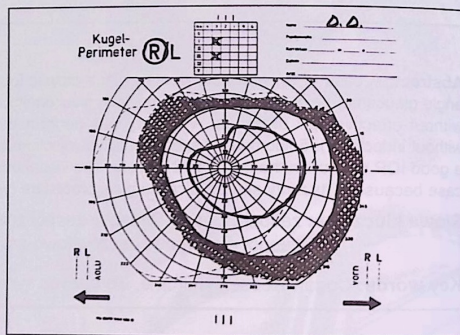
- czerniak tęczówki (zwłaszcza jego odmiana *tapio-ca melanoma*), z którym różnicowanie jest najtrudniejsze, a pomyłka dramatyczna w skutkach (1, 4) (czerniak różni się od ZCR rzadszym występowaniem jaskry, mocnym unaczynieniem, guzki są większe, zrosty i zanik tęczówki rzadkie),
- *neurofibromatosis*,
- schorzenia zapalne i *melanosis iridis*, w których nie występują zmiany typowe dla ZCR,
- zespół Axenfelda-Riegera, który jest zespołem wrodzonym, dziedzicznym, towarzyszą mu inne anomalie rozwojowe (twarzy, kości, zębów) i dotyczy obojga oczu, a śródbłonek rogówki jest prawidłowy (1).

#### Opis przypadku

Chora D.D., lat 37 zgłosiła się do poradni okulistycznej z powodu zapalenia spojówek. Tam badający lekarz stwierdził zmiany w tęczówce oraz podwyższone ciśnienie w oku prawym i skierował chorą do szpitala z rozpoznaniem *Dysgenesis mesodermalis, glaucoma oc. dex*. W dniu przyjęcia stwierdzono: ostrość wzroku obojga oczu = 1,0. Ciśnienie śródgałkowe, mierzone tonometrem aplanacyjnym wynosiło 52 mm Hg w oku prawym i 16 mm Hg w lewym. Chora nie odczuwała żadnych dolegliwości.

Oko prawe – nie zadrażnione, rogówka gładka, przejrzysta, delikatnie przymglona. Komora przednia – średnio głęboka. W tęczówce: widoczne znamię barwnikowe rozległe (3/4 powierzchni) z nieco uniesionymi guzkami, ciemniejszymi od podłoża, nadającymi znamieniu wygląd „tygrysyj skóry”. Źrenica owalna, „przeciągnięta” w stronę godz. 1<sup>00</sup>. Widoczne wywinicie listka barwnikowego (ryc. 1).

W badaniu gonioskopem stwierdziliśmy zrosty przede wszystkim na całym obwodzie, sięgające do różnych poziomów części rogówkowej kąta komory. Widoczne były ogniska patologicznej zatartej struktury beczkowania tęczówki przy jej podstawie. Powyższe zmiany występowały w obrębie znamienia. W górnej części tęczówki widoczny był jej niewielki segment prawidłowy. Kąt komory był szeroki, soczewka przejrzysta, a ciało szkliste nie zmienione. W dniu oka stwierdzono: znacznego stopnia zagłębienie jaskrowe tarczy nerwu II (CDR=0,9), rozlany zanik warstwy włókien nerwowych komórek zwojowych siatkówki (badano soczewką Volkę w świetle beczkowniczym) oraz prawidłową plamkę, siatkówkę i naczynia. W oku lewym nie stwierdzono żadnych odchyłeń od normy. Wykonano badanie pola widzenia polomierzem kulistym Zeissa; stwierdzono nieznaczne obwodowe ograniczenie przy badaniu znacznikiem 3/III i „schodek nosowy” przy badaniu znacznikiem 3/I w oku prawym oraz prawidłowe pole w oku lewym (ryc. 2).



Ryc. 2. Pole widzenia oka prawego  
Fig. 2. Visual field of right eye

W badaniach laboratoryjnych i internistycznych nie stwierdzono nieprawidłowości.

Zastosowano leczenie miejscowe, podając 2 razy dziennie Trusopt, i uzyskano obniżenie ciśnienia śródgałkowego do 24-26 mm Hg. Po 7 dniach leczenie skojarzono włączając 0,5% betaxolol. Po 14 dniach ciśnienie wzrosło do 54 mm Hg.

W znieczuleniu ogólnym wykonano zabieg przeciwjaskrowy, przetokowy wg Fronimopoulosa w modyfikacji Palmberga, nie wykonując jednak irydektomii przypodstawnej. Przez paracentezę podano do PK viscolastic (IAL) celem utrzymania komory i uniknięcia przypadkowego kontaktu narzędzia z tęczówką. Przez 5 kolejnych dni po zabiegu podawano podspojówkowo 5 fluorouracyli.

Uzyskano obniżenie ciśnienia śródgałkowego do 12-14 mm Hg. Po 6 miesiącach od zabiegu ciśnienie utrzymuje się w tych granicach, a ostrość wzroku tego oka wynosi 1,0.

#### Omówienie

Przypadek zespołu Cogana-Reese'a przedstawiam z uwagi na jego rzadkość.

#### Piśmiennictwo

1. Albert, Jakobiec: *Principles and Practice of Ophthalmology*. W.B. Saunders Co., Philadelphia, Pennsylvania, USA, 1994, 54, 381-383, 1448-1454, 2141, 2173.
2. Huna R., Barak A., Malamed S.: *Bilateral iridocorneal syndrome presented as Cogana-Reese and Chandler's syndrome*. *Glaucoma*, 1996, 5, 60.
3. Kanski J.J.: *Clinical Ophthalmology*. Butterworth Heinemann, Oxford, 1995, 266-267.
4. Kanski J.J.: *Glaucoma*. Butterworth Heinemann, Oxford, 1996, 97-99.
5. Kidd M., Hetherington J., Magee S.: *Surgical results in iridocorneal endothelial syndrome*. *Arch. Ophthalmol.*, 1988, 106, 199.
6. Makley T.A., Kaoetansky F.M.: *Iris Naevus syndrome*. *Ann. Ophthalmol.*, 1988, 20, 311.
7. Peyman G.A.: *Principles and Practice of Ophthalmology*. Vol. I Jaypee Broth. New Delhi, India, 1987, 721-723.
8. Weinstaein G.W.: *Open Angle Glaucoma*. Vol. 3, Churchill Livingstone, New York, 1986, 84-86.
9. Wilson M.C., Shields M.B.: *A comparison of the clinical variations of the iridocorneal endothelial syndrome*. *Ann. Ophthalmol.*, 1989, 107, 1465.
10. Ye T., Pang Y., Liu Y.: *Iris naevus syndrome (report of 9 cases)*. *Yen Ko Hsueh Pao (Eye Science)*, 1991, 7, 34.

Praca wpłynęła do Redakcji 26 lutego 1997 r. (538)