

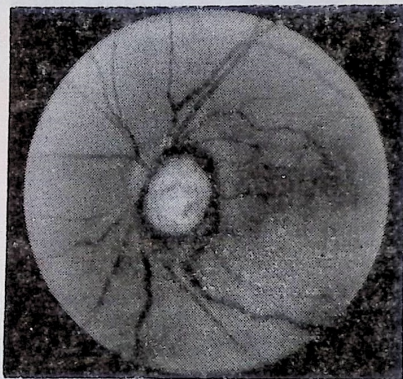
GUZY umiejscowione na tarczy nerwu wzrokowego zdarzają się wyjątkowo rzadko. Ich symptomatologia jest na ogół taka, jak w wypadku innych guzów wewnątrzgałkowych. W początkowych stadiach guzy te nie powodują żadnych objawów subiektywnych i mogą być przypadkowo wykryte podczas badania oftalmoskopowego. Guzy te rosnąc mogą powodować pogorszenie wzroku przez zasłonięcie plamki, zaburzenia siatkówkowe, jej odwarstwienie albo zanik nerwu wzrokowego. W pewnym etapie wzrostu guz może spowodować jaskrę.

Guzy tarczy nerwu wzrokowego dzielą się na pierwotne i wtórne. Pierwotne to: guzy nacyniowe (naczyniak włosowaty, jamisty i żyłakowaty), gwiaździak, znamię barwnikowe, nabłonniak rdzeniowy. Do grupy guzów wtórnych należą: przerzutowe (rak, mięsak, białaczka), rozrosty z tkanek sąsiednich (czerniak nacyniówki, siatkówczak, złożony hamartomat siatkówki i jej warstwy barwnikowej, oponiak, glejak). Diagnostyka różnicowa obejmuje: druzę tarczy, torbiele, zmiany zapalne w przebiegu kły i gruźlicy, ziarniniaki w przebiegu toksoplazmozy i toksokariozy, zmiany neowaskularyzacyjne, tarczę zastoinową¹.

Jeśli guzy tarczy nerwu wzrokowego rosną szybko, to jedynym postępowaniem jest enukleacja z jak największą pozagałkową częścią nerwu. Guzy stacjonarne i rosnące wolno, nie powodujące wtórnych uszkodzeń, należy obserwować^{2, 3}.

PRZYPADKI WŁASNE

Przypadek 1. Chora B.L. l. 62, została przyjęta do kliniki w sierpniu 1986 r. z powodu guza tarczy nerwu wzrokowego o.l., wykrytego w czasie rutynowego badania oftalmoskopowego. Stwierdzono pełną ostrość wzroku obu oczu i prawidłowe ciśnienie śródgałkowe. Oko prawe i przedni odcinek oka lewego bez odchyłań od stanu prawidłowego. Na dnie o.l. widoczny był jasnoróżowy guz zasłaniający t.n.w., o kształcie kulistym, wy-



Ryc. 1. Chora B.L. l. 62: dno o.l., naczynek włosowaty t.n.w.

Z Kliniki Okulistycznej AM w Łodzi, kierownik: prof. dr med. Irena Świątliczko

Reprint requests to: Dr med. Wojciech Omulecki, ul. Wierzbowa 42 m. 20; 90-133 Łódź, Poland

WOJCIECH OMULECKI
i JOANNA SEMPINSKA-SZEWCZYK

Trzy przypadki guzów tarczy nerwu wzrokowego

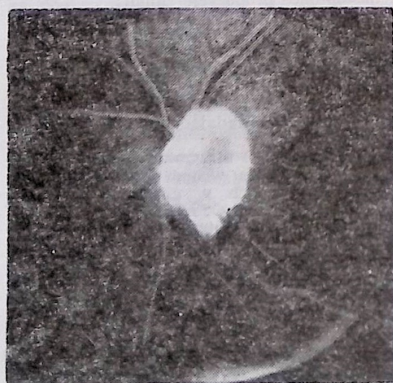
THREE CASES OF TUMORS OF THE OPTIC DISC

Presented are 3 cases of tumors affecting the papilla of the optic nerve. On the basis of the ophthalmoscopic picture, of fluorescein angiography and of clinical symptoms the authors identified a capillary haemangioma, a pigmentary naevus and a meningeal hernia. In all the cases observation did not detect any increase in the changes.

HASŁA: tarcza nerwu wzrokowego, guzy, naczynek włosowaty, przepuklina oponowa, znamię barwnikowe
KEY WORDS: optic disc, tumors, capillary haemangioma, a pigmentary naevus and a meningeal hernia

rażnych granicach, uwypuklony w stronę szklistki, pokryty drobnymi naczyniami krwionośnymi. Duże naczynia znajdowały się poza jego granicami (ryc. 1).

Podstawowe badania laboratoryjne nie wykazały odchyłań od normy. W polu widzenia o.l. stwierdzono nieznaczne poszerzenie plamy ślepej. Badanie rtg czaszki i oczodołów, ultrasonografia w projekcji B oraz tomografia komputerowa nie wykazały uchwytnych cech guza wewnątrzgałkowego ani zmian w obrębie oczodołu. We fluoroangiografii guz cechował się wczesnym pojawieniem się fluoresceiny i hiperfluorescencją w fazach późnych (ryc. 2).



Ryc. 2. Faza późna angiografii fluoresceinowej — przypadek z ryc. 1.

Naczynek włosowaty siatkówki lub nerwu wzrokowego może występować w chorobie von Hippa (*angiomatosis retinae*) lub być częścią zespołu *von Hippa-Lindaua*, gdy współistnieje z naczyniakiem zarodkowym OUN⁴.

Naczynek włosowaty t.n.w. jest obustronny w 30—50% przypadków, występuje najczęściej między 15 a 40 r.ż. i ma tendencję do występowania rodzinnego, dziedzicząc

się autosomalnie dominująco^{5, 6}. W opisywanym przez nas przypadku zmiana była jednostronna, wywiad rodzinny ujemny.

Ponieważ wygląd oftalmoskopowy guza oraz badanie fluoroangiograficzne opisane powyżej odpowiadają charakterystyce guza podawanej w piśmiennictwie, postawiono rozpoznanie naczyniaka włosowatego o typie endofitycznym^{5, 6}.

W leczeniu naczyniaków włosowatych t.n.w. nie stosuje się na ogół metod używanych w terapii nacyniaków siatkówki (fotokoagulacja, laserokoagulacja, krioterapia, diatermia przenikająca), gdyż spowodowałyby to zniszczenie włókien nerwowych. Obserwacja wykazuje, że rzadko dochodzi do wzrostu guza i postępujących zaburzeń widzenia, które stanowią wskazania do podjęcia leczenia (fotokoagulacja powierzchni guza)^{1, 5}.

W trakcie 2-letniej obserwacji nie stwierdzono pogorszenia się ostrości wzroku, zaburzeń widzenia ani powiększania się guza.

Przypadek 2. U chorej F.M. l. 40, która była leczona w 1985 r. z powodu silnych bólów głowy i oczu oraz kilkakrotnych utrat przytomności, konsultacyjne badanie okulistyczne wykazało anomalie t.n.w. o.p. Badania kardiologiczne, endokrynologiczne, laryngologiczne i neurochirurgiczne nie wyjaśniły przyczyny zaburzeń. Ze względu na wykrytą na dnie oka zmianę chora została skierowana na oddział okulistyczny.

W dniu przyjęcia stwierdzono pełną ostrość wzroku obu oczu z korekcją (o.p. —1,0 Dsph, o.l. —0,5 Dsph). Ciśnienie śródgałkowe było prawidłowe. Przednie odcinki obu oczu i dno o.l. bez istotnych odchyłań od normy. T.n.w. o.p. widoczna była tylko w 1/3 części skroniowej, a na pozostałym obszarze zastąpiona przez wypukły, lekko balotujący, białoróżowy twór o charakterze torbieli, który wychodził poza granice tarczy od strony nosowej i górnej. Nosowo od tarczy widoczne było duże pole zanikłej naczyniówki z licznymi rozszanymi skupiskami barwnika (ryc. 3). Plamka z prawidłowym refleksem dołkowym, obwód dna różowy.

Badanie pola widzenia wykazało znaczne poszerzenie plamy ślepej. We fluoroangiografii stwierdzono wczesną fluorescencję w obszarze guza oraz utrzymywanie się jej do późnych faz. Tomografia komputerowa głowy i oczodołów wykazała punktowe poszerzenie zarysów nerwu wzrokowego o.p. na granicy z gałką oczną, dyskretnej zanik korowy w lewej okolicy skroniowo-ciemie-



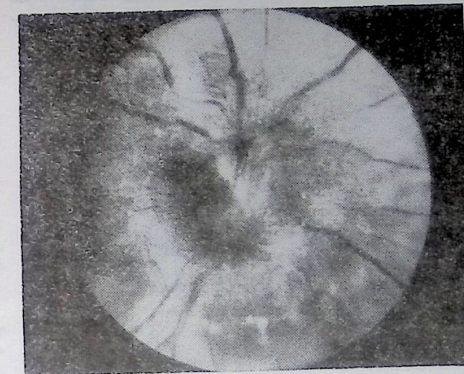
Ryc. 3. Chora F.L. l. 40: dno o.p., guz o wyglądzie torbieli t.n.w.

nowej oraz asymetrię układu komorowego (prawa komora boczna szersza od lewej). Wykonano także rtg czaszki, angiografię cyfrową mózgu, EEG, badanie przepływów w tętnicach mózgowych i ocznych metodą doplerowskiej pulsacyjnej USG. W badaniach tych nie stwierdzono odchyłań od normy. Również wyniki podstawowych badań laboratoryjnych były prawidłowe. Konsultacja neurologiczna nie wykazała objawów ogniskowych. W przebiegu dalszej 2-letniej obserwacji guz widoczny na t.n.w. nie powiększył się.

Rozpoznanie kliniczne jest trudne do ustalenia. Zmiana przypomina swym wyglądem cystę opisaną przez Wrighta¹² jako wrodzoną przepuklinę oponową tarczy nerwu wzrokowego.

Przypadek 3. Chora P.E. l. 24, była hospitalizowana w kwietniu 1984 r. z powodu nieznacznego pogorszenia ostrości wzroku. Stwierdzono pełną ostrość wzroku o.l. oraz prawie pełną o.p. (5/5 z trudem snp).

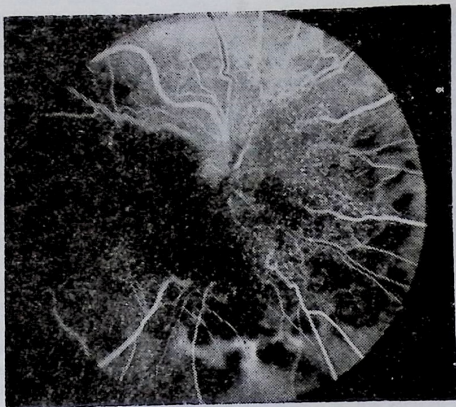
Ciśnienie śródgałkowe, przednie odcinki obu oczu i dno o.l. prawidłowe. Na dnie o.p. stwierdzono guz barwy szarej, o nieregularnych, postrzępionych granicach, nieco uniesiony nad powierzchnię siatkówki, pokryty rozszanymi skupiskami barwnika, obejmujący t.n.w. i przylegającą siatkówkę. Naczynia siatkówki częściowo przysłonięte tkanką guza oraz obrzękniętą siatkówką (ryc. 4). Zły poszerzone. Budowa plamki prawidłowa. Obwód siatkówki bez zmian.



Ryc. 4. Chora P.E. l. 24: dno o.p., melanocytoza t.n.w.

Podstawowe badania laboratoryjne, rtg czaszki i oczodołów, badanie neurologiczne bez odchyłań od normy. W polu widzenia o.p. stwierdzono znaczne poszerzenie plamy ślepej. Wykonano scyntyografię galek ocznych przy użyciu bleomycyny znakowanej chromem, która nie wykazała większego gromadzenia znacznika po stronie guza. Tomografia komputerowa nie wykazała zmian w zakresie struktur wewnątrzoczodołowych. W badaniu fluoroangiograficznym guz cechował się w części najbardziej wysyczonej barwnikiem hipofluorescencją utrzymującą się przez cały okres badania oraz obecnością rozległej neowaskularyzacji (ryc. 5).

Typowy obraz oftalmoskopowy oraz fluoroangiografia wskazują, że obserwowaną zmianą jest znamię barwnikowe tarczy nerwu wzrokowego (*melanocytoma*). Znamię barwnikowe t.n.w. w 15% przypadków wykazuje wzrost w okresie 5—20 lat, a powolne pogarszanie się wzroku dotyczy 5% przypadków. Przypadki obustronne



Ryc. 5. Początek fazy żyłnej angiografii fluoresceinowej guza z ryc. 4.

są bardzo rzadkie. *Melanocytoza* współistnieje w 47% przypadków z przytarczowym znamieniem naczyń, a wyjątkowo rzadko z czerniakiem złośliwym. Zmiany w polu widzenia występują w postaci poszerzenia plamy ślepej (75%), mroczków łukowatych (20%) i schodu nosowego (10%)^{6, 7, 8, 11}. Histopatologicznie wykazuje jednorodną, wieloceliową, wysyconą barwnikiem komórkę z obfitą cytoplazmą i małymi okrągłymi jąderkami¹¹. Ze względu na małe ryzyko przemiany złośliwej nie wy-

maga leczenia. Wskazana jest okresowa kontrolna i fotograficzna ocena zmian w wyglądzie^{8, 11}. W trakcie 4-letniej obserwacji nie stwierdzono zmian w obrazie guza.

PISMIENNICTWO

1. Annesley W.H., Leonard B.C., Shields J.A., Tasman W.S.: Fifteen year review of treated cases of retinal angiomas. *Trans. Amer. Acad. Ophthalmol.* 83: 446-453 (1977).
2. Brown G.C., Shields J.A.: Tumor of the optic nerve head. *Surv. Ophthalmol.* 29: 239-264 (1985).
3. Duke-Elder S.: *System of ophthalmology*, vol. XII (Kimpton, London 1971).
4. Gass J.D.M., Braunstein R.: Sessile and exophytic capillary angiomas of the juxtapapillary retina and optic nerve head. *AMA Arch. Ophthalmol.* 98: 1790-1797 (1980).
5. Hartwig P., Robertson D.M.: Von Hippel-Lindau disease. *Ophthalmology* 91: 263-270 (1984).
6. Joffe L., Shields J.A., Osher R.H., Gass J.D.M.: Clinical and follow up studies of melanocytomas of the optic disc. *Ophthalmology* 86: 1067-1078 (1979).
7. Osher R.H., Shields J.A., Layman P.R.: Pupillary and visual field evaluation in patients with melanocytoma of the optic disc. *AMA Arch. Ophthalmol.* 97: 1096-1099 (1979).
8. Reese A.B.: *Tumors of the eye.* (Harper-Row, Hagerstown 1976).
9. Schindler R.F., Sartin L.K., McDonald P.R.: Hemangioma of the optic disc. *Can. J. Ophthalmol.* 10: 305-318 (1975).
10. Shields J.A.: Diagnosis and management of intraocular tumors. (Mosby, St. Louis 1983).
11. Shields J.A.: Melanocytoma of the optic nerve head: review. *Int. Ophthalmol.* 1: 31-37 (1978).
12. Wright P.: Meningocele of the optic disc. *Brit. J. Ophthalmol.* 44: 570-571 (1960).

Praca wpłynęła: 26.06.1989 (nr 5580).

NERWIAKOWŁÓKNIK jest guzem łagodnym, otornym, powstającym z nerwów obwodowych². Jest to guz występujący w chorobie *Recklinghausena*, ale może także zjawiać się jako guz samotny. W oczodole występuje rzadko, nie powoduje bólów^{4, 5}. Guz umiejscawia się zazwyczaj w górnej lub górno-tylnej części oczodołu, przylega do okostnej, mięśni, nerwu wzrokowego. Głównym objawem jest wytrzeszcz, przemieszczenie gałki ocznej, czasami porażenie mięśni okoruchowych, opadnięcie powieki. Upośledzenie widzenia może wystąpić z powodu ucisku na nerw wzrokowy.

Nerwiakowłóknik może występować w różnych formach, ale głównie rozwój guza polega na przeroście lub bujaniu elementów podporowych nerwów obwodowych. Bodziec wzrostu może dotyczyć *endometrium* lub *perimetrium*, co powoduje proliferację komórek Schwanna wewnątrz lub na zewnątrz pochewki nerwowej³. Komórki Schwanna na skutek przerostu tworzą sploty i zwoje wymieszane z tkanką łączną, która w guzach samotnych nie wykazuje wybitnego unaczynienia.

Leczenie izolowanych form nerwiakowłókników oczodołu nie wydaje się być szczególnie trudnym problemem operacyjnym dla doświadczanego chirurga-okulisty.

PRZYPADK WŁASNY

Pacjent D.J. lat 43 (nr hist. choroby 4219/526/86), zgłosił się z powodu łzawienia oka prawego, które trwało od 5 lat, a wystąpiło po urazie nosa i łuku brwiowego. W 2 lata po urazie zjawiał się guzek w okolicy worka łzowego, osiągając powoli wielkość orzecha włoskiego.

Badaniem przedmiotowym stwierdzono: vis. o.d. 7/10 z -1,0 cyl ax 0°, Sn 0,5 z +0,5 sph -1,0 cyl ax 0°. Vis.o.s. 7/5 z -0,5 sph, Sn 0,5 z +1,0 sph. Oko lewe bez zmian chorobowych. Gałka oczna prawa w niewielkim wytrzeszczu, przesunięta ku górze i na zewnątrz, z ograniczeniem ruchomości ku dołowi i do nosa. Szpara powiekowa zwężona. Pacjent skarżył się na dwojenie przy patrzeniu w lewo i ku dołowi. W kącie przysrodkowym oka stwierdzono obecność twardego, niebolesnego guza, dobrze odgraniczonego od otoczenia, nieprzesuwalnego w stosunku do podłoża. Skóra pokrywająca guz nie wykazywała objawów zapalnych.

Badaniem radiologicznym stwierdzono: zatoki oboczne nosa prawidłowo powietrzne. Kości tworzące oba oczodoły o prawidłowej strukturze kostnej, zmian patologicznych w obrazie rtg nie wykazują. W tomografii komputerowej stwierdza się guz po stronie prawej wychodzący z worka łzowego. Wpukła się on do oczodołu w jego części przysrodkowej i przemieszcza gałkę oczną w kierunku boczno-zewnętrznym. Pęczek nerwowo-naczyniowy nieco przemieszczony na zewnątrz o prawidłowej szerokości. Masa guza wynosi 29 × 27 mm, jest dość jednorodna w swej strukturze i dobrze odgraniczona od otoczenia. Działanie jej polega na ucisku tkanek sąsiadujących. Śródczaszkowo nie stwierdza się zmian. Wniosek: guz prawego worka łzowego o wymiarach 29 × 27 mm.

Z Oddziału Okulistycznego Szpitala Czerniakowskiego w Warszawie, ordynator: doc. dr med. Alina Filipowicz-Banachowa

Reprint requests to: Doc. dr med. Alina Filipowicz-Banachowa, ul. R. Tagore 1/65; 02-647 Warszawa, Poland

ALINA FILIPOWICZ-BANACHOWA
i ELŻBIETA SIDOROWICZ

Nerwiakowłóknik worka łzowego

NEUROFIBROMA OF THE LACRIMAL SAC

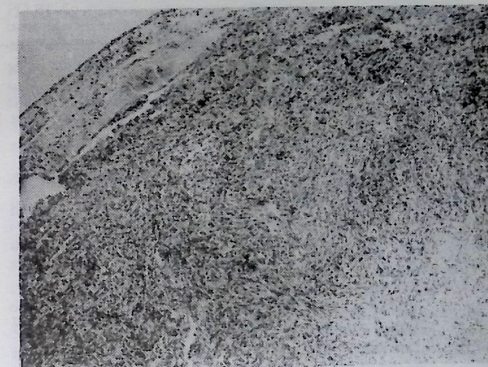
A sole neurofibroma has been found in the lacrimal sac. It is the fourth case of this unusual localization presented in the world literature.

HASŁA: nerwiakowłóknik worka łzowego

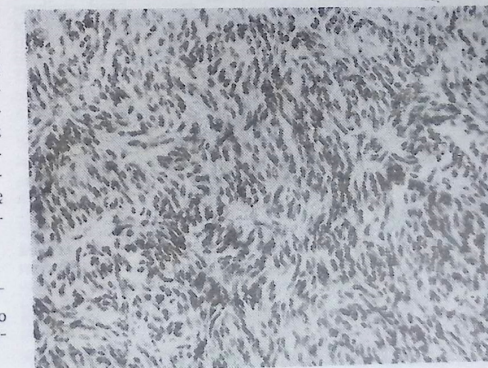
KEY WORDS: neurofibroma of lacrimal sac

W znieczuleniu ogólnym wykonano zabieg operacyjny usuwając guz w torebce, makroskopowo w granicach zdrowych tkanek.

Ostrość wzroku poprawiła się do 7/5, Sn 0,5 z +1,0 sph, dwojenie obrazów ustąpiło wraz z poprawą ruchomości gałki ocznej. Badanie histopatologiczne (nr 2165-8,



Ryc. 1. Pod nabłonkiem worka łzowego dobrze odgraniczony fragment guza zbudowany z gęstej sieci komórek tworzących sploty o różnokierunkowym układzie włóknistym. Barwienie H.E. Pow. 100X.



Ryc. 2. Monomorficzna proliferacja komórek wrzecionowatych — komórki Schwanna bez cech złośliwości histologicznej. Barwienie H.E. Pow. 420X.