

Wartość prognostyczna próby leżenia stosowanej w okresie przedoperacyjnym u chorych z pierwotnym odwarstwieniem siatkówki

Od ponad wieku znany jest fakt samoistnego przykładania się odwarstwionej siatkówki u części chorych, którym zalecono pozostanie w łóżku z zasłoniętymi oczami przez kilka dni. Zjawisko to jest jednak niestrawne, albowiem ponowne uruchomienie chorego i odsłonięcie oczu powoduje wznowę odwarstwienia^{1,2}. Rosengren i Algvère w 1977 r. zaproponowali metodę czynnego unieruchomienia gałki ocznej za pomocą nitki założonych na mięsień prosty dolny i prosty boczny lub przysrodkowy. Autorzy uzyskali całkowite lub prawie całkowite przyłożenie siatkówki w okresie przedoperacyjnym w około 45% przypadków^{1,2,4}. Pomimo tak zachęcających wyników metoda ta nie znalazła wielu zwolenników i nadal większość autorów stosuje próbę leżenia w sposób typowy, która jest prosta do przeprowadzenia i nie daje dodatkowego urazu. Wielu autorów podkreśla, iż przedoperacyjne przyłożenie się siatkówki, a nawet jedynie spłaszczenie obszaru objętego odwarstwieniem ma istotny wpływ na ostateczny wynik operacji^{1,2,4}.

Celem pracy było ustalenie ewentualnej zależności między wynikiem próby leżenia, a uzyskanym rezultatem leczenia operacyjnego u chorych z pierwotnym odwarstwieniem siatkówki.

MATERIAŁ I METODYKA

Spośród 350 chorych hospitalizowanych w latach 1985—1989 z powodu odwarstwienia siatkówki w naszej klinice u 76 (33 kobiet, 43 mężczyzn) zastosowano próbę leżenia, która polegała na 3—4-dniowym unieruchomieniu z zasłoniętymi oczami. Pacjentom w tym czasie zezwolono jedynie na przejście do łazienki oraz przyjmowanie posiłków w pozycji siedzącej, ponadto zalecono gimnastykę rąk i nóg. Byli to chorzy między 17 a 70 rokiem życia, w tym 16 powyżej 60. Do próby leżenia kwalifikowano przede wszystkim odwarstwienia krótkotrwałe, w których zbyt wysoki pęczek odwarstwionej siatkówki uniemożliwiał dokładne obejrzenie dna oka, przypadki odwarstwień z przedarciem podkowiastym z przechodzącym przez nie naczyniami oraz te przypadki, w których odwarstwieniem zagrożona była okolica plamki.

Czas trwania odwarstwienia wynosił: do 2 tygodni u 40 chorych, do 4 tygodni u 17, a u pozostałych był dłuższy, ale nigdy nie przekraczał 3 miesięcy.

W 15 przypadkach odwarstwienie obejmowało 1 kwadrant, w 42 — 2, a w 19 — 3 kwadranty lub było całkowite. U 35 chorych stwierdzono odwarstwienie plamki.

Przedarcia siatkówki w większości przypadków zlokalizowane były w górnych kwadrantach, przy czym u 23 chorych ich wielkość nie przekraczała 1/10 tarczy, u 19

PROGNOSTIC VALUE OF TRIAL OF RECUMBENT POSITION IN THE PREOPERATIVE PERIOD IN PATIENTS WITH PRIMARY RETINAL DETACHMENT

Analysed are the results of surgical treatment and the methods applied in patients with primary retinal detachment who have been placed in recumbent position in the preoperative period. It was demonstrated that in all the cases in which after staying in bed one could observe a full or partial retinal reattachment — a relatively simple and sparing operation was sufficient for a lasting cure. The presented results show that a successful outcome of the reclining position trial constitutes one of the favourable prognostic factors for the success of the surgical intervention.

HASŁA: odwarstwienie siatkówki, próba leżenia, znaczenie prognostyczne

KEY WORDS: retinal detachment, recumbent trial, prognostic value

— 1/2 tarczy, a u 15 chorych była większa niż 1/2 tarczy. W 15 oczach stwierdzono oderwanie od rąbka żębatego (w 10 mniejsze niż 1 kwadrant, w 5 większe niż 1 kwadrant), a w 4 nie znaleziono przedarcia. W 5 przypadkach były to oczy bezoszewkowe, a w 1 z pseudofakia.

Próby leżenia nie stosowano w przypadkach wzrostu bądź proliferacji szklistkowo-siatkówkowych, w odwarstwiach z rozwiniętym PVR oraz u chorych z obciążeniami układu krążenia lub oddechowego. Przyjęto następujące kryteria oceny przeprowadzonej próby leżenia: prawie całkowite lub całkowite przyłożenie (I grupa), znaczne spłaszczenie lub częściowe przyłożenie (II grupa), nieznaczne spłaszczenie (III grupa) oraz brak tendencji do spłaszczenia odwarstwionej siatkówki (IV grupa). Jako prawie całkowicie przyłożone uznano przypadki, w których pęczek odwarstwienia ustąpił, a jedynie wokół brzegów przedarcia stwierdzono bardzo płaskie uniesienie. Jako częściowo przyłożone uznano te przypadki, w których co najmniej połowa odwarstwionej siatkówki przyłożyła się, a pęczek odwarstwienia był wyraźnie niższy, przy czym otwór był nadal uniesiony.

U 61 chorych wykonano zabieg operacyjny, u 10 fotokoagulację laserową, a u 5 fotokoagulację z kriopeksją. Przeprowadzono następujące typy zabiegów: u 8 chorych wszczep nadtwardówkowy, u 22 śródtwardówkowy, u 2 wgłobienie, w 29 przypadkach opierścienie — w tym u 20 z dodatkowym wszczepem. U 43 chorych w okresie pooperacyjnym stosowano dodatkowo fotokoagulację laserową.

WYNIKI

W wyniku przeprowadzonej próby leżenia całkowite lub prawie całkowite przyłożenie siatkówki uzyskano u 10 chorych (13,15%) — grupa I, częściowe przyłożenie

u 17 (23,3%) — grupa II, niewielkie spłaszczenie w 38 przypadkach (50%) — grupa III, natomiast u 11 chorych (14,4%) — grupa IV nie stwierdzono zmiany w wysokości uniesienia U 10 chorych stwierdzono spłaszczenie uniesionej okolicy plamki, a u 5 odsłonięcie tej okolicy co umożliwiło dokładną ocenę plamki przed zabiegami. W 5 przypadkach stwierdzono dalsze przedarcia na obwodzie.

U wszystkich chorych, u których w wyniku próby leżenia uzyskano całkowite lub prawie całkowite przyłożenie tj. grupa I (10 osób) — zastosowano fotokoagulację laserową, w tym w 1 przypadku w połączeniu z kriopeksją.

W grupie II (17 osób), tj. u chorych z częściowym przyłożeniem po próbie leżenia — w 6 przypadkach założono wszczep nadtwardówkowy, w 5 śródtwardówkowy, u 1 chorego wykonano opierścienie, u 4 fotokoagulację z kriopeksją, a w 1 przypadku jednorazowa fotokoagulacja była zabiegiem wystarczającym.

U chorych grupy III (38 osób), u których w wyniku próby leżenia uzyskano jedynie niewielkie spłaszczenie w 16 przypadkach założono wszczep śródtwardówkowy, w 2 nadtwardówkowy, w 18 opierścienie (w tym 12 ze wszczepem, a w 2 wykonano wgłobienie). W grupie IV (11 osób) z negatywnym wynikiem próby leżenia, w 10 przypadkach zastosowano opierścienie w tym w 8 ze wszczepem dodatkowym i u 1 chorego wszczep śródtwardówkowy.

W wyniku przeprowadzonego leczenia przyłożenie siatkówki uzyskano u wszystkich chorych grupy I i II (100% przyłożeń), w grupie III pozytywny wynik leczenia uzyskano u 32 chorych (84,2%), a w grupie IV jedynie u 5 chorych (45,4%).

Ogółem przyłożenie siatkówki uzyskano u 64 chorych (84,2%), u 2 (2,61%) częściowo, a w 10 przypadkach (10,5%) wynik leczenia operacyjnego był negatywny.

Tabela I

Grupa wg wyniku próby leżenia	Ostrość wzroku do dali u chorych z przyłożoną siatkówką					Razem
	0,1	0,1—0,15	0,2—0,4	0,5—0,6	0,6—1,0	
I	—	1	—	5	4	10
II	—	2	6	6	3	17
III	6	8	10	4	4	32
IV	—	—	2	2	1	5
Razem	6	11	18	17	12	64

Tabela II

Grupa wg wyniku próby leżenia	Ostrość wzroku do bliży u chorych z przyłożoną siatkówką				Razem
	0,5	0,75—1,25	1,5—3,0	3,0	
I	9	—	1	—	10
II	14	1	2	—	17
III	14	11	4	3	32
IV	4	1	—	—	5
Razem	41	13	7	3	64

Wyniki badania ostrości wzroku po 3 miesiącach od operacji u chorych z przyłożoną siatkówką z uwzględnieniem wyniku próby leżenia przedstawiono w tab. I i II.

OMÓWIENIE

Próba leżenia, łatwa do przeprowadzenia, stwarza korzystne warunki dla samoistnego przyłożenia się odwar-

stwionej siatkówki, co szczególne znaczenie ma w przypadku odwarstwienia z objęciem plamki. Wg Hoffmana¹ wynik próby leżenia uzależniony jest od wielu czynników, z których najważniejszą rolę odgrywa czas trwania odwarstwienia, wielkość przedarcia, lokalizacja i wysokość uniesienia pęczera odwarstwionej siatkówki oraz wiek chorego. Według autora większą tendencją do samoistnego przykładania się wykazują przypadki krótkotrwałych odwarstwień z przedarciami większymi niż 1/2 średnicy tarczy n. wzrokowego i mniejszym niż 2 średnice tarczy n. wzrokowego, zlokalizowane w górnej części dna oka i u młodych ludzi. Natomiast prawdopodobieństwo samoistnego przyłożenia maleje w przypadku wysoko uniesionych odwarstwień, z bardzo dużymi przedarciami bądź oderwaniem od rąbka żębatego oraz w oczach bezoszewkowych. Jednocześnie zwrócono uwagę, że łatwiej ulegają przyłożeniu siatkówki w oczach z wysoką krótkowzrocznością niż z niską i średnią¹.

Uzyskane przez nas wyniki wyraźnie wskazują, iż wynik próby leżenia ma istotny wpływ na wybór metody operacyjnej oraz ostateczny wynik leczenia. U wszystkich chorych, u których po próbie leżenia obserwowano całkowite, prawie całkowite lub częściowe przyłożenie (grupa I i II), stosunkowo prosty i oszczędzający zabieg był wystarczający do uzyskania trwałego przyłożenia siatkówki. W przypadkach tych najczęściej stosowano fotokoagulację laserową, kriopeksję lub obie metody razem, w następnej kolejności wszczep nad lub śródtwardówkowy, a tylko w 1 przypadku, ze względu na liczne przedarcia wykonano opierścienie. Natomiast u chorych z niewielką lub brakiem tendencji do ponownego przyłożenia się siatkówki (grupa III i IV), pomimo iż w większości przypadków stosowano opierścienie, uzyskano znacznie gorsze wyniki. W grupie III na 38 chorych wyleczenie uzyskano u 32, a w grupie IV na 11 chorych pozytywny wynik leczenia operacyjnego stwierdzono tylko w 5 przypadkach.

Oceniając ostrość wzroku u chorych z przyłożoną siatkówką po 3 miesiącach od zabiegu stwierdzono, iż uzyskane wyniki były znacznie lepsze u chorych, u których w okresie przedoperacyjnym uzyskano całkowite, prawie całkowite lub częściowe przyłożenie, w porównaniu do chorych, u których stwierdzono jedynie nieznaczne spłaszczenie uniesionej siatkówki.

Przedstawione przez nas wyniki pozwalają na sformułowanie następujących wniosków: w przypadku stwierdzenia tendencji do samoistnego przykładania się odwarstwionej siatkówki, stosunkowo prosty zabieg operacyjny jest wystarczający do uzyskania trwałego wyleczenia; wynik próby leżenia ma wartość prognostyczną.

PIŚMIENNICTWO

1. Algvère P., Rosengren B.: Active immobilisation of the eye in the treatment of retinal detachment. Mod. Probl. Ophthal. 18: 286—291 (Karger, Basel 1977).
2. Algvère P., Rosengren B.: The effect of translatory and rotatory movements upon the eye: Their significance in the development of retinal detachment. Mod. Probl. Ophthal. 18: 280—285 (Karger, Basel 1977).
3. Hoffman B., Hauselmayer H.: Ablatio retinae: Ausmass und Häufigkeit der Wiederanlegung durch präoperative Ruhigstellung. Klin. Mbl. Augenhk. 162: 178—185 (1973).
4. Pecold K., Stanowsky A.: Znaczenie unieruchomienia gałki ocznej za pomocą nici pociągających w przygotowaniu chorego do operacji odwarstwienia siatkówki. Klin. oczna 87: 110—112 (1985).