

(43)

# Wyniki leczenia wrodzonego jednostronnego zwężenia i przemieszczenia źrenicy – opis przypadku

## Results of treatment congenital, unilateral microcoria and pupil displacement – case report

Anna Gotz-Więckowska, Krystyna Pecold, Marcin Stopa

Z Katedry i Kliniki Okulistyki Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Krystyna Pecold

**Summary:** The purpose of this report was to present rarely occurring developmental anomaly of congenital unilateral microcoria and pupil displacement. We present a case of a boy, who underwent a plastic surgery of pupil at age of 3 year. Despite of relatively tardy onset of treatment and existing profound amblyopia (light perception with projection), a full vision recovery was achieved after 4 years of occlusion therapy.

**Słowa kluczowe:** wrodzone zwężenie i przemieszczenie źrenicy, rekonstrukcja źrenicy, niedowidzenie

**Key words:** corectopia, congenital microcoria, pupilloplasty, amblyopia.

### Wstęp

Wrodzone zwężenie źrenicy (microcoria, congenital miosis) według definicji Duke'a-Eldera (2) rozpoznac można wówczas, gdy przy spojrzeniu do dali średnica źrenicy jest mniejsza niż 2 mm. Źrenica nie reaguje wcale na mydriatyki lub reaguje bardzo słabo. Wrodzona microcoria może być spowodowana brakiem lub niedorozwojem mięśnia rozwieracza źrenicy, w tych przypadkach zwężenie jest zwykle obustronne (3). Najczęstszą przyczyną idiopatycznej microcorii jest pozostałość tkanki włóknistej (*tunica vasculosa lentis*), która „zaciska” i przemieszcza źrenicę (1). Średnica źrenicy waha się wówczas między 0,5 a 1,5 mm, a microcorii zwykle towarzyszy przemieszczenie źrenicy (*ectopia*). Anomalia ta może być dziedziczona autosomalnie dominująco (6). W oczach z wrodzonym zwężeniem źrenicy często występują niedowidzenie, *megalocornea*, atrofia tęczęwki, anomalie rozwojowe w obszarze kąta przesączania (5). Microcoria może występować w zespole różyczki wrodzonej, zespole Marfana, a także u około 20% pacjentów z zespołem Lowe'a (5). Opisywane były również przypadki braku źrenicy ze współistniejącym niedorozwojem soczewki i atrofią nerwu wzrokowego (4). Obustronna microcoria zwykle towarzyszy małowidzeniu i innym wrodzonym anomalom w odcinku tylnym. Wrodzona mioza może występować w przebiegu zespołu Hornera, po przebyciu infekcji wewnątrzmacicznych, może współistnieć z innymi anomaliami rozwojowymi tęczęwki. W przebiegu zespołu Hornera (7) źrenica ma średnicę od 1 do 2,5 mm, występuje opadnięcie powieki górnej. Wrodzony zespół Hornera jest zwykle idiopatyczny, jego przyczyną może być uraz okołoporodowy.

### Opis przypadku

W 3. tygodniu życia dziecka matka zauważyła bardzo wąską źrenicę oka prawego. Dziecko było z ciąży o prawidłowym przebiegu, zdrowe. W rodzinie nie występowały choroby oczu. Rodzice wraz z dzieckiem zgłosili się do okulisty, gdzie zalecono leki rozszerzające źrenicę, a w późniejszym okresie w innym ośrodku – stymulację laserową. W 3. roku życia dziecko zgłosiło się do Kliniki Okulistycznej w Poznaniu, gdzie zakwalifikowane zostało do leczenia operacyjnego.

Stan oczu w dniu przyjęcia: vis. oc. dex.: poczucie i rzutowanie światła, vis. oc. sin.: 5/5, T oc. dex.: 14 mmHg, T oc. sin.: 17 mmHg.

**OP:** Gałka oczna biała, rogówka gładka, przezroczysta o średnicy poziomej 11 mm, komora przednia 3 mm, tęczęwka o rysunku delikatnie wygładzonym, źrenica przeciągnięta w kierunku godziny 9. o średnicy 1 mm, nierozszerzająca się po podaniu mydriatyków, brak różowego refleksu z dna. Odcinek tylny w badaniu ultrasonograficznym bez zmian.

**OL:** Odcinek przedni i tylny bez odchyień od normy.

Wykonano zabieg operacyjny: *reconstructio pupillae oc. dex.*

**Opis zabiegu.** Po odpreparowaniu spojówki od góry cięcie nieprzenikające w rąbku rogówki, wejście do komory przedniej igłą i podanie substancji wiskoelastycznej, próba rozsunienia źrenicy bez efektu. Poszerzenie cięcia w rąbku (godz. 11.-1.), wejście do komory nożyczkami, przecięcie brzegu źrenicy na godzinie 4., wycięcie witrektomem otworu źrenicznego od dołu, nosa, góry. Płukanie komory, zeszczenie rany. Przebieg śród- i pooperacyjny bez powikłań.

**Stan oczu w dniu wypisu.** **OP:** Rana szczelna, rogówka gładka przezroczysta, źrenica o średnicy 4 mm owalna w poziomie, przecią-



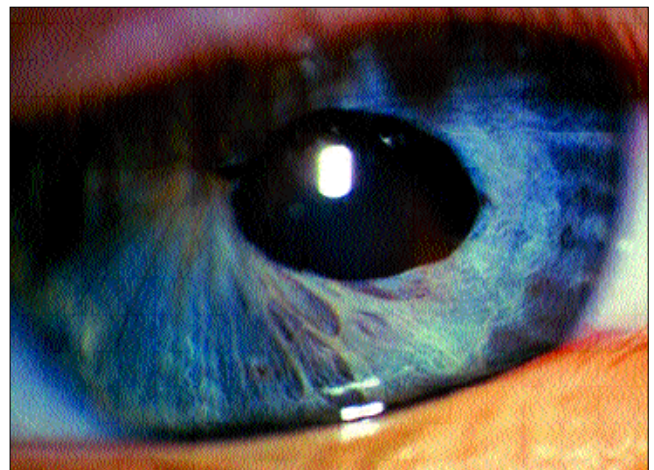
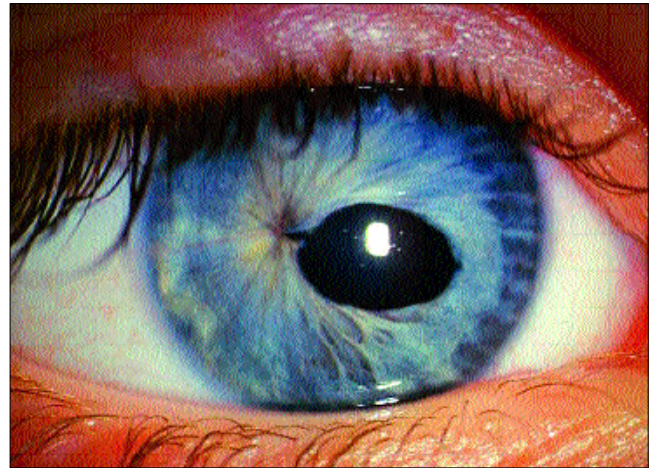
Ryc. 1. Oko prawe, stan w dniu przyjęcia (schemat) – tęczówka o rysunku delikatnie wygładzonym, źrenica przeciągnięta w kierunku godziny 9. o średnicy 1 mm, nierozszerzająca się po podaniu mydriatyków.

Fig. 1. Right eye on admission (scheme) – the iris with slightly smoothen pattern, pupil moved toward 3 o'clock, 1 mm diameter in size that is not dilating after mydriatics.

gnięta w kierunku godziny 3., soczewka przezroczysta, dno oka prawidłowe. Vis. oc. dex.: 1,5/50, T oc. dex.: 12 mmHg. Dziecko wypisano do domu z zaleceniem zasłaniania oka lewego przez 3 godziny dziennie. Podczas kontroli po miesiącu stwierdzono poprawę ostrości wzroku do 3/30. Wykonano badanie refrakcji, która wynosiła OP: +0,75-1,75ax64, OL: 0+0,25ax119. Zalecono korekcję okularową oraz kontynuację obturacji. Obecnie po stosowaniu 4-letniej okluzji uzyskano pełną ostrość wzroku operowanego oka.

### Omówienie

Wrodzone zwężenie źrenicy należy do bardzo rzadko występujących zaburzeń rozwojowych. W przedstawianym przez nas przypadku poza nieprawidłową szerokością i lokalizacją źrenicy nie stwierdzono innych opisywanych w piśmiennictwie nieprawidłowości w budowie gałki ocznej ani uwarunkowanego genetycznie zespołu wad wrodzonych. Nie stwierdziliśmy współistnienia krótkowzroczności ani jaskry (6), refrakcja operowanego oka naszego pacjenta wynosiła +0,75-1,75 ax 65, kąt przesączania nie wykazywał odchyżeń od normy. Niepowikłany przebieg śród- i pooperacyjny wydaje się potwierdzać słuszność wybranej metody. U starszych dzieci dobre wyniki pupilloplastyki uzyskuje się, stosując Nd: YAG laser (1). Z analizy przebiegu leczenia dziecka wynika, że choć rodzice zgłosili się do okulisty natychmiast po zauważeniu nieprawidłowości w budowie oka, nie zalecono właściwego leczenia. Większość autorów uważa (1,3,4,5), że w przypadkach wrodzonej microcorii niereagującej na podawane mydriatyki przy występowaniu braku różowego refleksu z dna, podobnie jak w przypadkach jednostronnej zaćmy wrodzonej, należy jak najszybciej podjąć leczenie operacyjne. Mimo że leczenie podjęto późno, uzyskano bardzo dobry wynik anatomiczny i czynnościowy.



Ryc. 2. Stan oka po zabiegu operacyjnym reconstructio pupillae oc. dex.

Fig. 2. Right eye after the reconstructio pupillae oc. dex. surgery.

**PIŚMIENNICTWO:** 1. Ackinson C., Brodsky M., Hiles D., Simon J.: *Idiopathic tractional corectopia*. J. Pediatr. Ophthalmol. Strabismus, 1994, 31, 387-390. 2. Duke-Elder S.: *Congenital deformities*. In: Duke-Elder S., Normal and Abnormal Development, Vol. III, System of Ophthalmology, 590-591, Henry Kimpton, London, 1964. 3. Lambert S. R., Amaya L., Taylor D.: *Congenital idiopathic microcoria*. Am. J. Ophthalmol., 1988, 106, 590-594. 4. Maden A., Buyukgebiz B., Gunenc U., Cevik N.: *Bilateral congenital absence of pupillary aperture*. Am. J. Ophthalmol., 1991, 112, 608-609. 5. Polomeno R. C., Milot J.: *Congenital miosis*. Can. J. Ophthalmol., 1976, 14, 43-46. 6. Toulemont P. J., Urvoy M., Coscus G., Lecallonec A., Cuvilliers A. F.: *Association of congenital microcoria with myopia and glaucoma*. Ophthalmology, 1995, 102, 193-198. 7. Woodruff G., Buncic J. R., Morin J. D.: *Horner's syndrome in children*. J. Pediatr. Ophthalmol. Strabismus, 1988, 25, 40.

Praca wpłynęła do Redakcji 20.11.2002 r. (169).

Adres do korespondencji (Reprint requests to):  
dr n. med. Anna Gotz-Więckowska  
ul. Fregatowa 2  
60-480 Poznań