

KATEDRA I KLINIKA OKULISTYKI WE WROCŁAWIU ORAZ DOLNOŚLĄSKA FUNDACJA NA RZECZ ZAPOBIEGANIA ŚLEPOTY

organizuje w dniu 30 października 1999 r.
II Konferencję Naukowo-Szkoleniową
nt: Strategia leczenia chirurgicznego i laserowego w jaskrze

Wykłady na konferencji będą prowadzone przez zaproszonych wykładowców z różnych ośrodków w Polsce.

Koszt uczestnictwa wraz z ceną 3-daniowego obiadu oraz kawy, herbaty i bułeczek w czasie dwóch przerw wynosi **100 zł (liczba uczestników ograniczona)**.

31 sierpnia 1999 r. to nieprzekraczalny termin wpłaty na konto:
Dolnośląska Fundacja Na Rzecz Zapobiegania Ślepoty
Bank Ochrony Środowiska SA O/Wrocław
15401030-33200-27005-00

Na przekazie należy czytelnie podać imię, nazwisko i adres nadawcy, gdyż dalsze informacje i program będą wysyłane wyłącznie na podstawie tych danych

Ewentualna rezerwacja hotelu możliwa pod tel. (071) 361 95 61, 365 22 55, 365 33 02.

Prof. dr hab. Maria Hanna Niżankowska

Obustronne odwarstwienie siatkówki w przebiegu EPH gestozy Bilateral retinal detachment in toxemia of pregnancy

Ewa Poppe¹, Marzena Sajkowska¹, Irena Bernacka²

Abstract: In this article, we present two cases of bilateral retinal detachment in toxemia of pregnancy. The first case describes 31-year old patient admitted to hospital due to toxemia of pregnancy in the 38th week of the second pregnancy. Medical examination following admission showed blood pressure 180/130 mm Hg oedema of face and legs. Accessory investigations displayed proteinuria, leukocyturia, bacteriuria. At the fundus of eye the features of initial retinopatia hypertonica were discovered. On the fifth day of the patient's hospitalization because of the worsening of general health condition and sudden blood pressure increase, the pregnancy was delivered by cesarean section. Some hours after awakening the patient reported the loss of vision of both eyes. Ophthalmological examination showed the occurrence of retinal detachment. Tearing wasn't found. When the protein deficiency was supplemented and antiinflammatory and oedema – reducing treatment was administered the blood pressure stabilized retina attached itself and visual functions returned. In the second case 22-year old patient was admitted to hospital at term of labour with blood pressure 150/90 mm Hg and a little proteinuria. On the second day of hospitalization the pregnancy was delivered through natural passages. A few hours after the delivery the patient reported indistinct vision and blurring of the image. Through ophthalmological examination retinal detachment was gained and visual functions returned. This case suggests that retinal detachment of pregnant woman does not have to be proceeded by symptoms of toxemia of pregnancy and the period of delivery may accelerate and release mechanisms damaging choriocapillaries, which causes the flow of liquid from vessels of chorioidea to subretinal space.

Słowa kluczowe: odwarstwienie siatkówki, EPH gestozia

Key words: retinal detachment, toxemia of pregnancy

Odwarstwienie siatkówki (o.s.) należy do najcięższych powikłań ocznych w EPH gestozie (*oedema, proteinuria hypertensio gestosis*). Częstość jego występowania jest niewielka i wynosi około 1,2% przypadków ciężarnych z EPH gestozą (6), natomiast znacznie wzrasta w stanie rzucawkowym, osiągając 10,4% (4, 7). Po raz pierwszy obustronne o.s. u ciężarnej opi-

sał Graefe w 1855 r. (wg 1). W 1902 r. Heilbrom przedstawił cztery przypadki o.s. w zatruciu ciążowym, przy czym w jednym przypadku doszło do obustronnej ślepoty (wg 1). Schiëtz w 1921 r. opisał dwa przypadki o.s. u ciężarnych, u których po rozwiązaniu doszło do samoistnego przyłożenia się siatkówki. W 1969 r. Darabs i Fekete przedstawili przypadek obustronnego o.s. w przebiegu EPH gestozy leczonego operacyjnie ze złym wynikiem (wg 1, 5).

Przyczyna wystąpienia o.s. w EPH gestozie nie jest do końca wyjaśniona. Początkowo uważano, że jest ono spowodowane patologicznymi zmianami w naczyniówce. Dopiero jednak w 1968 r. Gitter i wsp. (2) wykazali, przy zastosowaniu angiografii fluoresceinowej, że płyn unoszący siatkówkę pochodzi z naczyniówki i gromadzi się między naczyniówką a siatkówką. Obecnie uważa się, że zmiany czynnościowe w gestozie,

¹ Z Wojewódzkiej Przychodni Okulistycznej w Łomży
Kierownik: dr med. Ewa Poppe

² Z Kliniki Okulistycznej AM w Białymstoku
Kierownik: prof. dr hab. Andrzej Stankiewicz

Adres do korespondencji (Reprint requests to):
Dr med. Ewa Poppe
ul. Kazanka 5/33
18-400 Łomża

głównie wysokie ciśnienie ogólne krwi (RR), doprowadzają do zmian w mikrokrążeniu naczyń włosowatych (7, 8). Opisywane zmiany patologiczne to skurcz i stwardnienie naczyń naczyńiówki, ogniskowe uszkodzenie przez martwicę włóknikową ściany naczyń oraz mikrouszkodzenia błony Brucha (4, 8). Zwraca się również uwagę na zmiany w składzie krwi, głównie wzrost poziomu fibrynogenu i spadek poziomu białka całkowitego i albuminu w surowicy krwi (3). Patologiczne zmiany w choriokapilarach i nabłonku barwnikowym oraz zaburzenia hematologiczne przy wzroście ciśnienia hydrostatycznego powodują przechodzenie płynu z naczyń naczyńiówki do przestrzeni podsiatkówkowej (3-5). W płynie podsiatkówkowym stwierdza się wzrost ilości białka i fibrynogenu (6, 9).

Odwarswienie siatkówki może wystąpić w postaci płaskiej lub w formie jednego albo kilku pęcherzy. Wielu autorów zwraca uwagę, że o.s., w EPH gestozie ma nagły początek, a jego cechą charakterystyczną jest brak przedarcia (1, 3, 5). Siatkówka przeważnie przykłada się sama w ciągu kilku lub kilkunastu dni, ale czasem okres leczenia może trwać i kilka miesięcy. We wszystkich przypadkach o.s. w EPH gestozie zaleca się leczenie zachowawcze i, jeżeli nie stwierdza się ewidentnego przedarcia siatkówki, przestrzega się przed interwencją chirurgiczną. W leczeniu zachowawczym stosuje się Mannitol, Furasemid, steroidy oraz zwraca się uwagę na szybkie wyrównanie niedoborów białkowych w surowicy krwi (3).

Celem pracy jest przedstawienie i omówienie dwóch przypadków obustronnego o.s., w przebiegu EPH gestozy.

Opis przypadków

Przypadek 1.

Kobieta 31-letnia w 38. tygodniu II ciąży została przyjęta na oddział położniczy z powodu EPH gestozy. W chwili przyjęcia stwierdzono RR 180/130 mm Hg, obrzęki twarzy i nóg, w badaniach dodatkowych zmiany w moczu (białkomoczu, duża liczba leukocytów i bakterii). Na dzień oczu obserwowano zwężenie naczyń tętniczych, pojedyncze objawy ucisku na skrzyżowaniach naczyń, małego stopnia obrzęk siatkówki okolicy tarczowo-plamkowej z kilkoma drobnymi wybroczynami.

W piątej dobie pobytu na oddziale, z powodu pogorszenia stanu ogólnego chorej i nagłego skoku RR, ciążę rozwiązano cięciem cesarskim. W kilka godzin po wybudzeniu chora podała, że nie widzi na oboje oczu. Podczas badania okulistycznego stwierdzono: ostrość wzroku obojgu oczu w dal 2/50, przedni odcinek gałek ocznych w normie. W dzień oczu tarcze nerwu II przekrwione, lekko obrzęknięte o granicach możliwych do prześledzenia. W obojgu oczach symetrycznie w kwadrantach skroniowych od godziny 6⁰⁰ do 11³⁰ siatkówka była szaro-różowa, uniesiona w postaci pęcherza na około +7,0 D w OL i +10 D w OP. Granica uniesienia siatkówki przechodziła przez okolicę plamkową. Cała okolica tarczowo-plamkowa w obojgu oczach była silnie obrzęknięta, naczynia tej części dna wąskie, jakby „wciśnięte” w siatkówkę. W kwadrantach nosowych niewielki obrzęk siatkówki. Obraz dna oka uzupełniały pojedyncze drobne wybroczyny. Przedar-

cia nie stwierdzono. Chorej ze wskazań ogólnych uzupełniono niedobory białkowe w surowicy krwi i zalecono antybiotykoterapię. Podano Depo-Medrol pozagatkowo oraz Hydrokortyzon 250 mg *i.m.*, Calcium Polfa z wit. C *i.v.* RR po sześciu dniach od zabiegu ustabilizowało się na poziomie 140/90 mm Hg. Codzienne badania dna oczu wykazały stopniowe obniżanie się pęcherzy siatkówkowych i cofanie się obrzęku siatkówki. Po około trzech tygodniach w dzień obserwowano spłaszczenie pęcherzy odwarstwionej siatkówki, tarcze nerwu II bez cech przekrwienia, tętnice delikatnie zwężone z nieco rozmytymi odbłaskami. Ostrość wzroku w dal OP=5/16, L=5/10. W badaniu kontrolnym po czterech tygodniach stwierdzono całkowite przyłożenie się siatkówki w obojgu oczach, jedynie w okolicy plamkowej w OP obserwowano dyskretne przegrupowania barwnika. Ostrość wzroku OP=5/7 knp, a OL 5/5,5.

Przypadek 2.

Kobieta 22-letnia, w I ciąży, przyjęta na oddział położniczy w terminie porodu. Przebieg ciąży trudny do ustalenia, ponieważ ciężarna od czwartego miesiąca ciąży nie zgłaszała się na badania lekarskie. W chwili przyjęcia RR 150/90 mm Hg, w badaniach dodatkowych stwierdzono małego stopnia białkomoczu. W drugiej dobie pobytu pacjentka urodziła siłami natury. W kilka godzin po porodzie chora zaczęła się skarżyć na widzenie przez mgłę i zamazywanie się obrazu. W badaniu okulistycznym stwierdzono: ostrość wzroku w dal OP=5/16, OL=5/50, odcinek przedni obojga oczu w normie. Dno oczu: tarcze nerwu II różowe, płaskie o granicach wyraźnych, naczynia tętnicze lekko zwężone. W obojgu oczach w kwadrantach skroniowych widoczne rozległe płaskie o.s., obejmujące okolicę plamkową i rozpościerające się od godz. 5⁰⁰ do 10³⁰ w OP i od 4⁰⁰ do 11⁰⁰ w OL. Uniesienie siatkówki oceniono na około 2-3 D. Nie obserwowano przedarcia. Zlecono leżenie i leki resorbujące. RR 130/80 mm Hg, poziom białka całkowitego i albuminu w surowicy w normie. W codziennych badaniach dna oka obserwowano stopniową resorpcję płynu podsiatkówkowego i poprawę ostrości wzroku. Chorą wypisano do domu w siódmej dobie z pełną ostrością wzroku w obojgu oczach i całkowitym przyłożeniem się siatkówki.

Omówienie

Przypadki opisano ze względu na rzadkość doniesień o obustronnym o.s. w EPH gestozie zarówno w piśmiennictwie polskim, jak i zagranicznym. Pierwszy przypadek można zaliczyć do klasycznych powikłań ocznych w zatruciu ciążowym. Zarówno przebieg ciąży, wysokie RR, białkomoczu i obrzęki stanowią wstęp do wystąpienia wysiękowego o.s. W piśmiennictwie opisywane są przypadki obustronnego o.s., w postaci wysokich pęcherzy bez przedarcia, poprzedzone typową triadą EPH gestozy. Bardziej dyskusyjny jest drugi przypadek, w którym nie stwierdzono objawów zatrucia ciążowego. Lekko podwyższone RR, brak zmian w dzień oczu, sugerujących wcześniejszą retinopatię nadciśnieniową w ciąży, skłaniają ku przypuszczeniu, że wystąpienie wysiękowego o.s., u ciężarnych nie musi być poprzedzone klasyczną triadą objawów gestozy oraz

ze zbliżający się okres porodu może być momentem przyspieszającym i uwalniającym mechanizmy uszkodzenia choriokapilarów, powodujące przechodzenie płynu z naczyń naczyńiówki do przestrzeni podsiatkówkowej. W obojgu oczach zastosowanym leczeniem zachowawczym uzyskano stopniowe, samoistne przyłożenie się siatkówki i powrót jej funkcji.

Piśmiennictwo

- Bach C., Lamm D.: *Ein Fall von doppelseitiger Netzhautablösung bei Eklampsie*. Zentralbl. Gynakol., 1969, 8, 322-325.
- Gitter K.A., Hauser B.P., Sarin L.K., Justice J. Jr.: *Toxemia of pregnancy. An angiographic interpretation of fundus changes*. Arch. Ophthalmol., 1968, 66, 1069-1074.
- Jaffe G., Schatz H.: *Ocular manifestation of preeclampsia*. Am. J. Ophthalmol., 1987, 15, 309-315.

Praca wpłynęła do Redakcji 30 marca 1998 r. (665)

- Kenny G.S., Cerasoli J.R.: *Color fluorescein angiography in toxemia of pregnancy*. Arch. Ophthalmol., 1972, 87, 383-388.
- Mendini U., Lanzetta P., Virgili G., Ferrari E.: *Retinal pigment epithelium tear following toxemia of pregnancy*. Eur. J. Ophthalmol., 1995, 5, 139-141.
- Milkowski S.: *Obustronne odwarstwienie siatkówki w przebiegu zatrucia ciążowego*. Wiad. Lek., 1972, 25, 2167-2171.
- Roberts D., Haslett E., Hickey-Dewyer M., McCormack J.: *Eclampsia complicated by bilateral retinal detachments and abnormal eye movements*. Lancet, 1998, 351, 803-804.
- Synek S., Winklerowa S.: *Fluoroangiografické obrazy očniho pozadi u geztov*. Cesk Oftalmol., 1986, 42, 262-263.
- Vida L.: *Retinal detachment and toxemia of pregnancy*. J.L. Med. J., 1975, 147, 351-353.