



Ryc. 1. Chora M.W., widoczne zmiany oczne i znamiona liniowe przy kącie zewnętrznym oka lewego
Fig. 1. Patient M.W., visible eye lesions and lineal naevi at the external angle of the left eye

okiem. Ostrość wzroku z bliska: OP=0,5, OL – nie czyta. Ciśnienie wewnątrzgałkowe PLO=13,5 mmHg. Rozpoznawanie barw okiem prawym (tabl. ISH) prawidłowe, egzoftalmometria: 22/26 (112). W oku prawym stwierdzono: zmianę guzkowatą spojówki gałkowej w okolicy kąta zewnętrznego, rogówkę o średnicy 7-8 mm, przy rąbku nowotworzenie naczyń. Dno oka prawego: tarcza nerwu II „lejkowata” z wnęką skierowaną nosowo, zaniki siatkówki i naczyniówki wokół tarczy nerwu II. Gonioskopia oka prawego wykazała: kąt przesączający otwarty, beleczki pokryte całkowicie dość grubą warstwą barwnika, pojedyncze pętle naczyniowe, nierówną podstawę tęczówki. W oku lewym stwierdzono wrastanie spojówki gałkowej, zwłaszcza od góry na rogówkę, rogówkę o średnicy 5-6 mm z plamą centralną i od dołu z wnękami naczyń od rąbka. Dno oka lewego ze względu na opisane zmiany w rogówce oraz opalizację soczewki trudne do dokładnej oceny – widoczna białoróżowa, owalna tarcza nerwu II, przy tarczy bliźnowate ogniska. W oku lewym nie można było określić kąta przesączania ze względu na zmiany w rogówce. Drogi łowe po stronie prawej i lewej drożne. Ponadto u chorej w wykonanym USG gałek ocznych i oczodołów stwierdzono w obojgu oczach zniekształcenie ściany gałki ocznej o charakterze garbiaka w tylnym biegunie, szczególnie w gałce ocznej lewej, a w górnej części oczodołu lewego wysunięto podejrzenie zmiany naczyniakowatej.

Omówienie

Postawienie rozpoznania zespołu Jadassohna-Lewandowsky'ego w opisanym przypadku nie było łatwe. Jest to zespół występujący rzadko. Kilkaset przypadków zostało opisanych głównie przez dermatologów (4), nie znaleźliśmy natomiast doniesienia o zespole w piśmiennictwie okulistycznym, choć współistnienie zmian ocznych jest częste. Rozpoznanie ustalono na podstawie charakterystycznych objawów, po konsultacjach z dermatologami, chirurgami plastycznymi i histopatologami. W naszym przypadku występowała postać poronna z brakiem pewnych charakterystycznych cech, jak np. zmiany dystroficzne paznokci, obecność pęcherzy na stopach czy rybiej łuski (2). Na podstawie danych z wywiadu nie udało się ponadto ustalić występowania zespołu u przodków czy krewnych chorej. Nie stwierdziliśmy także zmian w obrębie dróg łzowych, które polegają na zarośnięciu punktów łzowych i ich niedrożności (1, 4). Opisane zmiany oczne są jednak poważne: chora jest osobą jednooczną. Zmiany zwyrodnieniowo-zanikowe w obrębie siatkówki powodują praktycznie ślepotę jednego oka. Defekt kosmetyczny jest spowodowany zmianami rogówki, ze- ztem zbieżnym, zmianami skórnymi powiek. Większość stwierdzanych zaburzeń i anomalii okulistycznych występujących w z.J.-L. nie poddaje się leczeniu. W ramach wchodzą zabiegi operacyjne naprawcze, niekiedy przy współpracy chirurga plastycznego i dermatologa. W opisanym przypadku zaplanowano wykonanie u chorej korekcyjnej i zarazem kosmetycznej operacji zeza zbieżnego oka lewego.

Piśmiennictwo

1. Bauscher S.: *Jadassohn-Lewandowsky-Syndrom*. Hautarzt, 1973, 24/10, 439-441.
2. Fejgin M.: *Leksykon zespołów i objawów chorobowych*. PZWL, Warszawa, 1952, 125.
3. Orłowski W.J.: *Encyklopedia objawów okulistycznych w zespołach układowych*. PZWL, Warszawa, 1973, 164, 262.
4. Witkowski R., Prokop O.: *Leksykon chorób dziedzicznych i wad rozwojowych*. PZWL, Warszawa, 1982, 266.

Praca wpłynęła do Redakcji 16 lipca 1996 r. (467)

Prace kazuistyczne

Klinika Oczna 1996, 98 (5): 387-390
ISSN 0023-2157 Indeks 362 646

Guz mieszany gruczołu łzowego (opis przypadku o 20-letnim przebiegu)

Tumor mixtus of the lacrimal gland (review of a 20-year period case)

Magdalena Ulińska, Ewa Piotrowska, Alicja Moszczyńska-Kowalska

Abstract: A case of the tumor of the orbita is presented. It caused large exophthalmus and partial damage of orbital bones without any loss in the visual acuity in the 20-year period of increasing. Before operation a tumor of the lacrimal gland or an angioma was suspected. A histopathological examination of the whole removed tumor revealed the presence of tumor mixtus cells.

Słowa kluczowe: guz mieszany, oczodół, gruczoł łzowy

Key words: tumor mixtus, orbita, lacrimal gland

Guzy gruczołu łzowego spotyka się niezwykle rzadko. W 65% są to ogniska sarkoidozy, nacieki białaczkowe, chłoniaki, łagodne torbiele, zmiany nienabłonkowe o charakterze guzów rzekomych lub ogniska hiperplazji. Pozostałe 35% stanowią guzy nabłonkowe. Wśród nich łagodny guz mieszany występuje w 50-60%, złośliwa jego odmiana – w 5-10%, raki gruczołowe – w ok. 20-30%, a inne raki – w 5-10% przypadków (1, 3, 7, 9).

Guzy mieszane są charakterystyczne dla narządów surowicznych (6). Najczęściej (w 80-85%) lokalizują się w śliniankach, zwłaszcza w śliniance przyusznej, i stanowią 75% guzów tego narządu (5, 6, 9). W gruczole łzowym występuje 0,5% guzów mieszanych i stanowią one 20-25% guzów tego narządu (9).

Opis przypadku

Kobieta I. 52, ogólnie zdrowa, została przyjęta na oddział w celu usunięcia olbrzymiego guza prawego oczodołu. Dwadzieścia lat temu zauważyła stopniowo

ro powiększający się twardy guzek w górno-zewnętrznej części oczodołu. Wobec systematycznie narastającego wytrzeszczu po 7 latach zgłosiła się do lekarza. Wykonane wówczas badania ultrasonograficzne w projekcji A i B oraz metodą Dopplera wykazały obecność dobrze unaczynionej zmiany o zbitym utkanie, wychodzącej z prawego gruczołu łzowego. Paniu, wychodzącej z prawego gruczołu łzowego. Paniu, wychodzącej z prawego gruczołu łzowego. W późniejszym okresie była kontrolowana w rejonie. Funkcją narządu wzroku została zachowana. Wytrzeszcz narastał, występowały epizody zwichnięcia gałki ocznej poza powiekę. To skłoniło pacjentkę do poddania się operacji usunięcia guza. Wygląd pacjentki przed operacją przedstawiono na rycinie 1 i 2.

USG oczodołów w projekcji B wykonane 2 miesiące przed zabiegiem wykazało obecność cech odpowiadających zmianie guzowatej położonej głównie w kwadrancie skroniowo-górnym, o wyraźnych granicach, wypełnionej masami heterogennymi. W porównaniu z badaniami poprzednimi guz uległ powiększeniu. Zaproponowano rozpoznanie naczyniaka.

TK i NMR potwierdziły obecność guza o wymiarach 4x4x5 cm w segmencie górno-bocznym prawego oczodołu, bez sugestii co do punktu wyjścia i etiologii. Guz nie naciekał okolicznych tkanek. Wynik badania NMR przedstawiono na rycinie 3.

Przed zabiegiem stwierdzono: OP w wytrzeszczu 10 mm, zepchnięte do dołu, ze zniesieniem ruchomości ku górze, w badaniu na ekranie Hessa-Leesa

Z Oddziału Okulistycznego Szpitala Czerniakowskiego w Warszawie
Ordynator: dr n. med. Alicja Moszczyńska-Kowalska

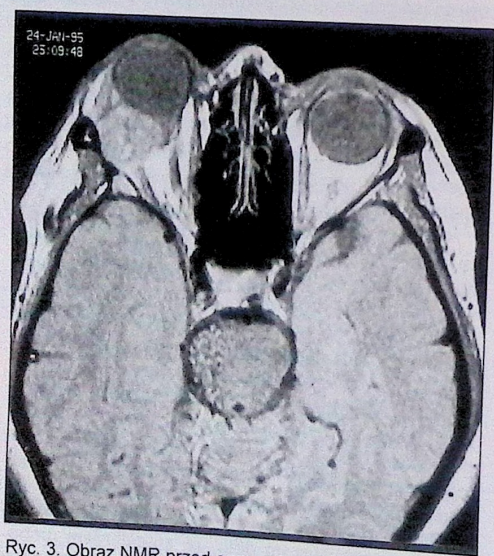
Adres do korespondencji (Reprint requests to):
Lek. med. Magdalena Ulińska
ul. Wasilkowskiego 3/86
02-776 Warszawa



Ryc. 1. Zdjęcie pacjentki przed operacją – od przodu
Fig. 1. Patient before operation – front



Ryc. 2. Zdjęcie pacjentki przed operacją – półprofil
Fig. 2. Patient before operation – half-profile



Ryc. 3. Obraz NMR przed operacją
Fig. 3. NMR picture before operation

– zaburzenia równowagi mięśniowej w pionie, poza tym OPL w granicach normy. Ostrość wzroku obojga oczu w dal i z bliska – prawidłowa, ciśnienie wewnętrzzgałkowe, pole widzenia, przedni odcinek i dno oczu w normie.

1 lutego 1995 r. przeprowadzono operację w znieczuleniu ogólnym. Wykonano boczną orbitotomię, podczas której stwierdzono ok. 1,5 cm ścieńczenie górno-bocznej krawędzi oczodołu oraz dobrze otrobiony twór, wnikaający głęboko w oczodół.

W czasie operacji pękła torebka guza, a w jej wnętrzu stwierdzono gęste, szare masy. Guz usunięto w całości, ale fragmentami. Badanie histopatologiczne wykazało obecność komórek nowotworowych o charakterze guza mieszanego.

Okres pooperacyjny przebiegł bez powikłań. Tydzień po zabiegu stwierdzono: ranę pooperacyjną zagojoną, OP w wytrzeszczu 2 mm, ustawione nieco niżej niż OL, ciśnienie wewnętrzzgałkowe OPL w normie, ale w OP około 5 mm niższe. Na tarczy nerwu II OP delikatna siateczka włókniczek, poza tym OPL w normie. Ostrość wzroku obojga oczu w dal i z bliska prawidłowa, na ekranie Hessa-Leesa prawidłowa równowaga mięśniowa, pole widzenia i przedni odcinek OPL oraz dno OL w normie.

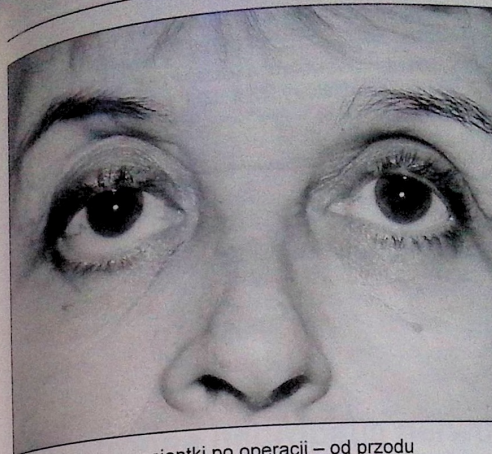
Pacjentka pozostaje pod okresową kontrolą i obecnie, ponad rok po zabiegu, stwierdza się stabilizację stanu klinicznego uzyskanego w pierwszych tygodniach po operacji. Na rycinie 4 i 5 przedstawiono wygląd chorej kilka miesięcy po operacji.

Badanie NMR mózgowia oraz oczodołów wykonane 10 miesięcy po operacji nie wykazuje żadnych zmian ogniskowych, co przedstawiono na rycinie 6.

Omówienie

Nazwa „guzy mieszane” wiąże się z dawniejszymi poglądami szkoły niemieckiej. Krompecher utrzymywał, że guz ten jest w swej budowie diploblastyczny i wywodzi się z elementów pochodzenia zarówno nabłonkowego, jak i mezenchymalnego. Ostatnio uważa się, że nowotwory te są wyłącznie pochodzenia nabłonkowego, a tkanki śluzowate, chrzęstne i hialinowe stanowią produkt chemicznej przemiany substancji wydzielanych przez komórki guza. Właściwą nazwę gruczolaka wielopostaciowego (*adenoma pleomorphum*) wprowadził Willis w 1960 r. (9).

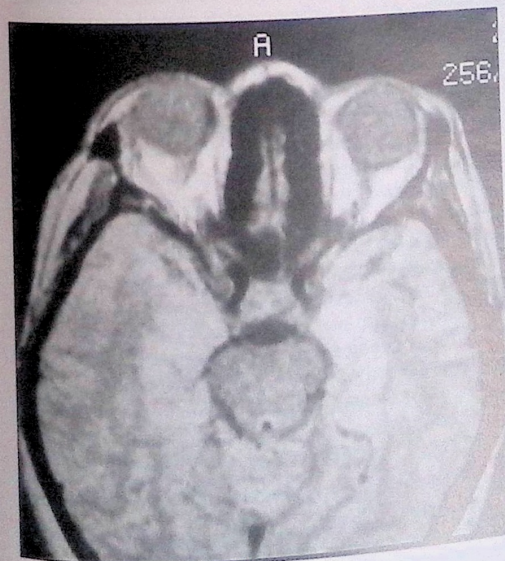
Gruczolaki wielopostaciowe mogą mieć postać łagodną bądź złośliwą. Forma złośliwa może być pierwotna lub może rozwinąć się nagle z łagodnej, praktycznie w każdym momencie, nawet po kilkudziesięciu latach (8). Postacie łagodne rosną powoli, przez wiele lat, osiągając niekiedy znaczne rozmiary. Wokół guza wytwarza się pseudotorebka. Nowotwory te mogą przemieszczać inne narządy, uciskać kości, powodując ich zanik, lub naciekać okoliczne tkanki poprzez wypustki przenikające pseudotorebkę i tworzące niekiedy ogniska satelitarne (1, 3, 5, 9). Gruczolak wielopostaciowy odznacza się dużą skłonnością do nawrotów, przy których ma często tendencję do zezłośliwienia (5, 6). Nawroty obserwuje się w 30-50% przypadków (9). Zwykle są one spowodowane obecnością opisanych wyżej wypustek lub śródoperacyjnym uszko-



Ryc. 4. Zdjęcie pacjentki po operacji – od przodu
Fig. 4. Patient after operation – front



Ryc. 5. Zdjęcie pacjentki po operacji – półprofil
Fig. 5. Patient after operation – half-profile



Ryc. 6. Obraz NMR po operacji
Fig. 6. NMR picture after operation

dzeniem torebki i pozostawieniem tkanki nowotworowej w polu operacyjnym.

W znacznym procencie wznowy pojawiają się już w pierwszym roku po operacji. Mogą one również występować po upływie nawet bardzo długiego okresu od zabiegu i dlatego chorzy powinni pozostawać pod kontrolą praktycznie do końca życia.

W celu ustalenia rozpoznania, poza oceną przedmiotową, należy wykonać badania USG, TK i NMR. Biopsja cienkoigłowa nie jest wskazana, gdyż ze względu na wielopostaciowość guza pobrana tkanka może sugerować mylne rozpoznanie, często nie pozwala na określenie stopnia złośliwości, a ponadto zabieg grozi wszczepieniem komórek nowotworowych w skórę i okoliczne tkanki (2, 4, 9, 10). Pewne, ostateczne rozpoznanie uzyskuje się jedynie badaniem histopatologicznym całego usuniętego guza (2, 4).

Przedstawiony przez nas przypadek guza mieszanego gruczolu łzowego zwraca uwagę ze względu na bardzo długi przebieg kliniczny i monstrialne rozmiary przy zachowanej funkcji widzenia. Od początku choroby minęło 20 lat, a od momentu pierwszego zgłoszenia się do lekarza – 13 lat, zanim pacjentka zdecydowała się na usunięcie bardzo szpecącego guza. Diagnostyka guzów gruczolu łzowego jest łatwiejsza, gdy mają one mniejsze rozmiary i można stwierdzić, z którego miejsca oczodołu się wywodzą. Jak pokazują obserwacje naszej pacjentki, postawiona przed 13 laty sugestia guza gruczolu łzowego była słuszną, natomiast badania USG, TK i NMR z ostatnich 2 lat nie dawały jednoznacznej odpowiedzi. Pacjentka powinna być zoperowana w momencie postawienia pierwszego rozpoznania guza gruczolu łzowego, ale zachowanie funkcji życiowych i strach przed utratą widzenia powodowały, że nie wyrażała zgody na zabieg. Długi okres wzrostu zwiększa ryzyko nacieknięcia poza torebkę (co znacznie pogarsza rokowanie) i grozi zezłośliwieniem guza. Może też powodować zaniki ściany oczodołu na skutek ucisku, co miało miejsce u naszej chorej. Duże guzy oczodołu, uciskając na nerwy i naczynia, mogą spowodować upośledzenie widzenia. Ponadto w przypadku małych guzków istnieje większa szansa na usunięcie guza w całości; usuwanie go fragmentami również pogarsza rokowanie.

Obecnie 14-miesięczny, nie powikłany okres pooperacyjny pozwala mieć nadzieję, że dobry stan okaże się trwały, ale trudno dziś powiedzieć, jakie będą dalsze losy chorej.

Piśmiennictwo

1. Ackerman J.M.: *Surgical Oncology*. Juan Rossai. St. Luis, Toronto, 1984.
2. Auran J., Jakobiec F.A., Krebs W.: *Benign mixed tumor of the palpebral lobe of the lacrimal gland. Clinical diagnosis and appropriate surgical management*. *Ophthalmology*, 1988, 95, 1: 90-99.
3. Gierkowska A., Gluza P., Pojda S.M.: *Pierwotny guz gruczolu łzowego*. *Klin. Oczna*, 1973, 43: 831-834.
4. Grossniklaus H.E., Arbuthnot M.F., McLean I.W.: *Immunohistologic properties of benign and malignant mixed tumor of the lacrimal gland*. *Am. J. Ophthalmol.*, 1990, 110, 5: 540-549.

5. Hejka L., Sujkowska R.: *Guz mieszany gruczołu łzowego*. Prace Naukowe AM Wrocław, XX, 1988, 1.
6. Kęcik T., Moszczyńska-Kowalska A., Ciszewska J., Walczak E.: *Guz mieszany gruczołu łzowego*. Klin. Oczna, 1991, 93, 27-28.
7. Martinowa E. i wsp.: *Oblak gruczołu łzowego*. Klin. Oczna, 1979, 81, 575.
8. Shields J.A., Shields C.L.: *Malignant transformation of presumed pleomorphic adenoma of lacrimal gland after 60 years*. Arch. Ophthalmol., 1987, 105, 10, 1403-1405.

9. Sikorowa L., Meyza J.W.: *Guzy ślinianek*. PZWL, Warszawa, 1989.
10. Witschel H.: *Nowotwór mieszany gruczołu łzowego i rak adenoido-torbielowy*. Klin. Mbl. Augenhk., 1974, 164, 206-212.

Praca wpłynęła do Redakcji 2 października 1996 r. (478)

Prace kazuistyczne

Klinika Oczna 1996, 98 (5): 391-393
ISSN 0023-2157 Indeks 362 646

Obustronna neuropatia nerwu wzrokowego jako powikłanie przebytego nagminnego zapalenia przyusznic Bilateral optic nerve neuropathy as a complication of mumps

Jadwiga Bernardczyk-Meller, Krzysztof Załęcki

Abstract: Mumps belongs to children viral diseases. However, it rather seldom has general complications, either of internal organs or of the central nervous system. The authors present a case of a 10-year-old girl who two weeks after an uncomplicated mumps had bilateral optic nerve neuropathy. Her visual acuity was low and visual fields were constricted. The symptoms disappeared after 8 days without any treatment. But because of a possibility of optic neuritis the girl was treated with oral steroids. She is still observed in our clinic and still shows pathological changes in static computer perimetry.

Słowa kluczowe: neuropatia nerwu wzrokowego, nagminne zapalenie przyusznic – powikłania, dzieci i młodzież

Key words: optic nerve neuropathy, mumps – complications, children and adolescents

Nagminne zapalenie przyusznic należy do często występujących ostrych chorób zakaźnych wieku dziecięcego o etiologii wirusowej. W 30-40% przypadków zakażenie może mieć charakter bezobjawowy (1, 2). Najczęściej chorują dzieci między 5. a 15. rokiem życia, a przebieg choroby jest zwykle bardzo typowy i nie pozostawia żadnych trwałych następstw (2). U dzieci i młodzieży zapaleniu przyusznic może towarzyszyć zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenie jąder u chłopców, rzadko zapalenie trzustki (2). Może również dojść do wystąpienia późnych powikłań neurologicznych, tj. zapalenia wielonerwowego, poprzecznego zapalenia rdzenia, porażenia połowicznego, porażenia nerwów III, VI, VII oraz trwałej ślepoty i głuchoty (2). Najczęstszym powikłaniem ocznym jest zapalenie gruczołu łzowego oraz zapalenie rogówki (5). Rzadziej spotyka się zapalenie tętnic, nadtwardówki i zapalenie nerwu wzrokowego (4, 5). Wszystkie te powikłania wykazują tendencję do całkowitego ustąpienia bez pozostawiania trwa-

łych uszkodzeń. Trwale zaburzenia neurookulistyczne, tj. porażenia mięśni gałkorochnych i wewnątrzgałkowych, zaburzenia żreniczne i porażenie spojłkowego, występują po przebiegu poinfekcyjnego zapalenia mózgu (5).

Autorzy doniesienia przedstawiają przypadek przemijającej obustronnej neuropatii nerwu wzrokowego po przebyłym zapaleniu przyusznic.

Opis przypadku

Dziewczynka A.K., ur. w 1984 r., przebyła w kwietniu 1994 roku obustronne zapalenie przyusznic. Choroba przebiegła w sposób typowy, bez jakichkolwiek objawów podrażnienia ze strony ośrodkowego układu nerwowego. Dziecko było dotychczas zdrowe, rozwijało się w sposób prawidłowy. W latach poprzednich przebyło ospę wietrzną, różyczkę i kszusiec.

Po 2 tygodniach po ustąpieniu zapalenia przyusznic dziewczynka zaczęła zgłaszać stopniowe pogorszenie się ostrości wzroku i uczucie „zawężania się pola widzenia”. Wobec nieustępowania objawów matka po około 2 tygodniach zgłosiła się z dzieckiem do okulisty. W badaniu okulistycznym stwierdzono obustronne obniżenie ostrości wzroku, w oku prawym do 5/10, w oku lewym do 5/12, oraz koncentryczne zawężenie pola widzenia do około 15 stopni

Z Kliniki Okulistycznej AM w Poznaniu
Kierownik: prof. dr hab. Krystyna Pecold

Adres do korespondencji (Reprint requests to):
Dr n. med. Jadwiga Bernardczyk-Meller
ul. Strzeszyńska 117
60-479 Poznań