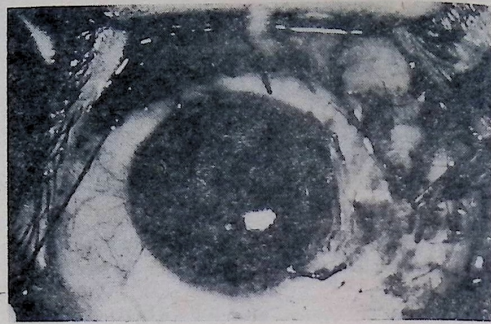




Ryc. 4. Odbarowywany płat nabłonkowy przed odcięciem, rozciągnięty za pomocą czterech szwów prowadzących założonych w narożnikach.



Ryc. 5. Ubytek po usunięciu skrzydlika pokryty przeszczepem. Sposób zamknięcia szwami rany po pobraniu płatka nabłonkowego.

PISMIENNICTWO

1. Adamczuk Z.: Zagadnienia skrzydlika jako schorzenia występującego często u pracowników rolnych. Księga Pamiątkowa Zjazdu Medycyny Wiejskiej, 206—208 (PZWL, Warszawa 1964). — 2. Anduze A., Merritt I.: Pterygium: clinical classification and management in Virgin Islands. *Ann. Ophthalmol.* 17: 92—95 (1985). — 3. Cameron M.: Preventable complications of pterygium excision with beta irradiation. *Brit. J. Ophthalmol.* 56: 52—57 (1972). — 4. Cassidy J. R.: The inhibition of pterygium recurrence by Thio-tepa. *Amer. J. Ophthalmol.* 61: 886—888 (1966). — 5. Eisner G.: Augenchirurgie. Einführung in die operative Technik. (Springer, Berlin 1978). — 6. Gierczyńska A.: Uwagi w sprawie krioterapii skrzydlika. *Klin. oczna* 47: 19—20 (1977). — 7. Hosni F. A.: Pterygium in Quatar. *Ophthalmologica* 174: 81—87 (1977). — 8. Kleis W., Pico G.:

Thiotepa therapy to prevent postoperative pterygium occurrence and neovascularisation. *Amer. J. Ophthalmol.* 76: 371—372 (1973). — 9. Krawawicz L.: Modyfikacja operacji śródzardówkowego wszczepienia skrzydlika. *Klin. oczna* 82: 375—376 (1980). — 10. Krawawicz T.: Implantatio pterygii intrascleralis. *Klin. oczna* 24: 127—130 (1954).

11. Majeros J.: Conjunctival transplant for the treatment of pterygium. *Amer. J. Ophthalmol.* 33: 1289 (1950). — 12. Manselise M., Schwartz M., Politi F., Sarishak Y.: Pterygium and beta irradiation. *Acta ophthalmol.* 62: 315—319 (1984). — 13. Pinkerton O., Hokama Y., Shigenura L.: Immunologic basis for the pathogenesis of pterygium. *Amer. J. Ophthalmol.* 98: 225—228 (1984). — 14. Sie Boe Lian: Modification of the „Bare sclera pterygium operation”. *Ophthalmologica* 128: 58—60 (1954).

Praca wpłynęła: 11.1.1988 (nr 5302).

1992 IX KONGRES EUROPEJSKIEGO TOWARZYSTWA OKULISTYCZNEGO

W ścisłym powiązaniu z sympozjami organizowanymi przez liczne Towarzystwa Naukowe takie jak:

Międzynarodowy Zespół Badania Zapalenia Błony Naczyniowej
Europejskie Towarzystwo Strabologiczne
Stowarzyszenie Europejskich Profesorów Okulistyki
Europejskie Towarzystwo Dakriologii
Międzynarodowe Towarzystwo Fluorofotometrii Ocznej
Międzynarodowa Agencja Zapobiegania Słepocie
Międzynarodowa Liga Zwalczenia Jaglicy i wiele innych.

BRUKSELA, 23—29 maj 1992

ZASTOSOWANIE płata nabłonkowego do rekonstrukcji spojówki jest w naszej klinice wyłączną metodą chirurgicznego leczenia skrzydlików prawdziwych jako pierwszy zabieg i sposób postępowania w skrzydlikach nawracających. W latach 1976—1985 przeprowadziliśmy 41 takich operacji. Wyniki leczenia zostały udokumentowane w 35 przypadkach. W kontrolowanej grupie stopień zaawansowania skrzydlików był różny. Ich zasięg na rogówce, mierzony od rąbka wynosił 2 do 4 mm (ryc. 1a). Sporadycznie zdarzały się nosy ewidentnego zaniedbania, w których dochodziło do zajęcia środkowej części rogówki. Znaczne było również zróżnicowanie inwazyjności leczonych skrzydlików. Obserwowane obrazy kliniczne rozwijały się w ciągu sześciu miesięcy do pięciu lat. Szybko rosnące skrzydliki charakteryzowały się częściej większą masą tkanki, bogatszym unaczynieniem i poprzedzającym je marginesem nacieczenia. W 9 oczach miały miejsce skrzydliki nawracające po wykonanych wcześniej jednej, dwóch lub trzech operacjach, polegających na wycięciu patologicznej tkanki i mobilizacji spojówki lub śródzardówkowym wszczepieniu głowy skrzydlika. W tych przypadkach zachodziła na ogół konieczność odtworzenia również fałdu półksiężycowatego.

WYNIKI

W następnym dniu po zabiegu rozwijał się surowiczy obrzęk przeszczepu. Po pięciu dniach rozpoczynało się krążenie w jego naczyniach krwionośnych, obrzęk zmniejszał się i pojawiała się przekrwienie, które utrzymywało się przez 6 tygodni (ryc. 1b). W okresie tym następowała pełna integracja anatomiczna płata z podłożem.

Wyniki leczenia kontrolowano od roku do dziesięciu lat w 35 przypadkach: w 26 jako rezultat pierwszej operacji, w 6 drugiej, w 2 trzeciej i w 1 czwartej. Przez rok po operacji prowadzono obserwację w 9 przypadkach, od roku do pięciu w 16 i od pięciu do dziesięciu lat w 10 (tab. I).

Tabela I

Rodzaje skrzydlików	n	Obserwacja (lata)			Nawroty
		1	1 do 5	5 do 10	
Pierwotny	26	5	12	9	—
Nawracający:					
po jednej operacji	6	3	2	1	1
po dwóch operacjach	2	1	1	—	—
po trzech operacjach	1	—	1	—	—
Razem	35	9	16	10	1

Nawrót skrzydlika wystąpił w jednym oku po sześciu miesiącach. Operacja z przeszczepieniem płata nabłonkowego była w tym przypadku drugą interwencją chi-

Z Kliniki Okulistycznej CSK WAM w Warszawie, kierownik: prof. dr med. Stanisław Mrzygłód

Reprint requests to: Prof. dr med. Stanisław Mrzygłód, ul. Garwolińska 8 m. 10; 04-348 Warszawa, Poland

STANISŁAW MRZYGLÓD i TERESA SKUBISZEWSKA

Operacja skrzydlika z przeszczepieniem nabłonkowego płata spojówki

II. Wyniki zastosowania metody

SURGERY OF PTERYGIUM WITH TRANSPLANTATION OF AN EPITHELIAL CONJUNCTIVAL FLAP. II. THE RESULTS OF APPLICATION OF THE METHOD

The authors performed 41 operations of pterygium with transplantation of a free epithelial flap from the bulbar conjunctiva in order to cover the defect after the removal of the pathological tissue. The results of 35 operations had been controlled in the period of one to ten years. In 25 cases the operation was the first intervention, in 9 cases the second or third in a recurrent pterygium treated by other methods. In case of necessity the semilunar fold was reconstructed. A recurrence took place in one case after 6 months. The cause of the recurrence was the collection of the flap together with the fibrous layer of the conjunctiva. In the remaining cases a good and lasting effect was achieved, as well from an anatomical as from cosmetic point of view. The results were compared with the results achieved by various authors by means of another methods.

HASŁA: mikrochirurgia, skrzydlik, przeszczep, płat nabłonkowy spojówki, fałd półksiężycowaty

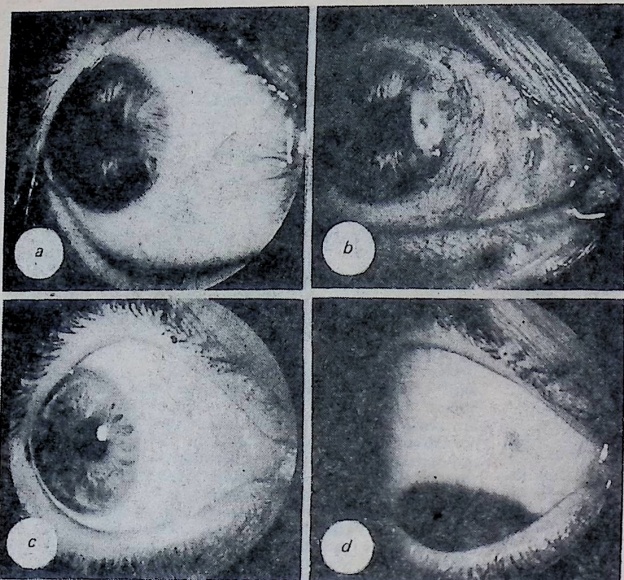
KEY WORDS: microsurgery, pterygium, graft, epithelial conjunctival flap, semilunar fold

rurgiczną. Przyczyną niepowodzenia było niestaranne odbarowywanie warstwy nabłonkowej i pobranie jej do przeszczepu wraz z warstwą włóknistą spojówki. Wyniki leczenia pozostałych 34 skrzydlików były pomyślne. W każdym z tych przypadków został przywrócony prawidłowy stan anatomiczny w operowanym obszarze i osiągnięto bardzo dobry efekt kosmetyczny. W okresie kilku miesięcy przeszczep nabierał stopniowo cech prawidłowej spojówki. Naczynia krwionośne przy jego rąbkowym brzegu układały się w charakterystyczne dla tej okolicy arkady. Operacja nie pociągała za sobą przesunięcia i deformacji fałdu półksiężycowatego (ryc. 1c).

W przypadkach w których fałd rekonstruowano tworzyło się przed mięskiem izowym zgrubienie spojówki kierujące spływ lez do jeziorka izowego. Nie stwierdzono w żadnym przypadku przestrzennej redukcji worka spojówkowego w okolicy pobrania płata nabłonkowego (ryc. 1d).

OMOWIENIE

Leczenie skrzydlików prawdziwych pierwotnych i nawracających, polegające na usunięciu patologicznej tkanki i rekonstrukcji spojówki, a w razie potrzeby odtworzeniu jednocześnie fałdu półksiężycowatego wolnym przeszczepem nabłonkowym, jest subtelną, mikrochirurgiczną operacją, zapewniającą 97% trwałych rezultatów. Odsetek nawrotów jest bardzo niski. W naszym materiale wynosił 3% ogólnej liczby przypadków kontrolowanych



Ryc. 1. a) najczęstszy obraz leczonych skrzydlików (chory G. J. nr hist. choroby 4715/79); b) stan płata nabłonkowego w dwunastym dniu po przeszczepieniu. Biologiczna adaptacja i przekrwienie przeszczepu; c) to samo oko po 30 miesiącach od operacji. Normalny wygląd spojówki gałkowej i prawidłowe stosunki anatomiczne w kącie wewnętrznym; d) obszar spojówki w którym pobrano płat nabłonkowy po 30 miesiącach. Załamek górny głęboki. Spojówka prawidłowa.

od roku do dziesięciu lat po zabiegu. Pod tym względem badana metoda dorównuje najskuteczniejszemu ze znanych dotąd sposobów postępowania chirurgicznego w skrzydliku, wprowadzonemu przez T. Krawawicę^{4,5}.

Osiągnięte rezultaty kształtują się również korzystnie w porównaniu z wynikami leczenia według innych, złożonych i niejednokrotnie uciążliwych w realizacji metod. Po chirurgicznym usunięciu skrzydlika z mobilizacją sąsiedniej spojówki w celu pokrycia ubytku dochodzi do nawrotów w 31% do 56% przypadków^{4,6,7}. Ten wysoki wskaźnik nieskuteczności leczenia starano się obniżyć metodami terapii wspomagającej, opartymi na przesłankach wynikających z przyjętych koncepcji etiologii skrzydlika. Wprowadzenie w 1966 roku do leczenia skrzydlików Thio-tepa, należącego do grupy środków alkilujących, zmniejszyło nawroty po zabiegach chirurgicznych do 16,1% a według niektórych autorów^{wg 4} nawet do 3,3%. Kleis i Pico⁴ podawali Thio-tepa do worka spojówkowego w rozcieńczeniu 1:2000 w kropkach co 3 h przez 6 tygodni po operacji łącznie ze steroidami. W grupie leczonych w ten sposób nawroty wystąpiły w 3,3%, natomiast w grupie wyłącznie operowanych w 31,3% przypadków. Podobne rezultaty można uzyskać za pomocą radioterapii. Zastosowana w okresie pooperacyjnym ogranicza, według Hosni³, nawroty po pierwszym zabiegu do 11,1% i do 8,8% po powtórnej interwencji. Inni notowali 3% do 7,5% nawrotów. Anduze i Merrit² łączyli radioterapię z podawaniem Thio-tepa, leków zwężających naczynia krwionośne i sztucznych lez. U leczonych chirurgicznie pierwszy raz zanołowali po zastosowaniu tej złożonej terapii nawroty w 5%, natomiast w skrzydlikach nawracających w 20% przypadków.

Radioterapię oceniano niejednokrotnie krytycznie ze względu na niebezpieczeństwo miejscowych, ciężkich uszkodzeń popromiennych. Poszukiwano w związku z tym innych, mniej ryzykownych, lecz równie skutecz-

nych rozwiązań. Należy do nich oryginalna metoda zaproponowana przez Makeeva⁸. Polega ona na przyszczeniu głowy skrzydlika do twardówki i wytworzeniu przyrąbkowej bariery z owodni lub opony twardzej, konserwowanych w 5% roztworze formaliny. Po przeprowadzonej w ten sposób operacji nawroty skrzydlika występują w 7 do 20% przypadków.

Wycięcie skrzydlika z przeszczepieniem wolnego płata nabłonkowego spojówki jest metodą prostą, nie dającą żadnych powikłań i pozbawioną uciążliwości innych, złożonych sposobów leczenia. Należy podkreślić przy tym fakt, że obok wysokiej skuteczności zapewnia bardzo dobry efekt anatomiczny i kosmetyczny zarówno jako zabieg pierwszy jak i w skrzydlikach nawracających. Umożliwia ponadto, w razie potrzeby, rekonstrukcję fałdu półksiężycowatego. Warunkiem powodzenia operacji i uzyskania trwałego wyniku jest staranne pobranie płata nabłonkowego, bez elementów włóknistej warstwy spojówki.

PIŚMIENNICTWO

1. Adamczuk Z.: Zagadnienia skrzydlika jako schorzenia występującego często u pracowników rolnych. Księga Pamiątkowa Zjazdu Medycyny Wiejskiej, 206—208 (PZWL, 1964).
2. Anduze A., Merritt I.: Pterygium: clinical classification and management in Virgin Islands. Ann. Ophthal. 17: 92—95 (1985).
3. Hosni T. A.: Pterygium in Qatar. Ophthalmologica 174: 81—87 (1977).
4. Kleis W., Pico G.: Thio-tepa therapy to prevent post-operative pterygium occurrence and neovascularisation. Amer. J. Ophthal. 76: 371—372 (1973).
5. Krawawicz T.: Implantatio pterygii intrascleralis. Klin. oczna 24: 127—130 (1954).
6. Makeeva G. A.: Primienienie amniona i tverdoj mozgowej obločki dla bariernoj plastiki pri hirurgičeskom lečenii pterygiuma. Oftal. Z. 38: 104—108 (1983).
7. Manselue M., Schwartz M., Politi F., Sarishak Y.: Pterygium and beta irradiation. Acta Ophthal. 62: 315—319 (1984).

Praca wpłynęła: 11.1.1988 (nr 5303).

KOMÓRKI nabłonka wędrujące do przedniej komory oka są przyczyną groźnych powikłań drażących ran rogówki. Komórki te wszechpiając się w tęczęwkę mogą spowodować powstanie surowiczej torbieli a także innych form takich jak lity guz, wszczepienna błona nabłonkowa lub rozrost nabłonka. Każdy typ inwazji nabłonka wykazuje charakterystyczny wzrost, którego rezultatem jest obniżenie ostrości wzroku, zapalenie tęczęwki i ciała rzęskowego, jaskra wtórna prowadząca do destrukcji gałki ocznej^{10,11}.

Celem naszej pracy jest przedstawienie 7 przypadków pourazowych torbieli tęczęwki leczonych operacyjnie w latach 1977—1986.

Materiał badań obejmuje 2 oczu u dziewcząt oraz 5 u chłopców w wieku od 3 do 14 lat. W 3 przypadkach były to oczy zawierające soczewki, w 4 gałki bezsoczewkowe. Przyczyną powstania torbieli wszczepiennych tęczęwki były urazy przenikające w postaci rany rogówki u 2 dzieci, rany rogówkowo-twardówkowej w 4 przypadkach, u 1 dziecka zabieg operacyjny usunięcia zaćmy wrodzonej.

Torbiele rozwinęły się w okresie od 4 do 18 miesięcy po urazie i zaopatrzeniu chirurgicznym zranień. W omawianych przypadkach znajdowały się one w rozwiniętym stadium zajmując w 2 oczach 1/2 obwodu tęczęwki, w 2 1/3 obwodu, w 3 gałkach ocznych 1/4 część tęczęwki i zakrywając źrenicę. We wszystkich oczach uszkodzony był śródbłonek rogówki, występowało upośledzenie przezroczystości rogówki, przy czym u 4 dzieci obejmowało ono także część optyczną. Wszystkie przypadki wykazywały znacznego stopnia obniżenie ostrości wzroku, w 4 stwierdzono poczucie światła z lokalizacją, 1 gałka była ślepa, w 2 gałkach 0,2 i 0,3.

W 2 oczach występowało zapalenie tęczęwki i ciała rzęskowego, w 2 miała miejsce jaskra wtórna, w 1 oku zaćma wtórna.

U wszystkich dzieci wykonano wycięcie torbieli. Zabiegi operacyjne przeprowadzono pod mikroskopem w znieczuleniu ogólnym dotchawiczym. Płatek spojówki z podstawą w rąbku rogówkowo-twardówkowym przygotowywano w miejscu najbliższym torbieli: w części skroniowej w 3, dolnej 2, górnej w 2 oczach. Cięcie otwierające komorę przednią było poszerzane nożyczkami *Castroviejo* do takich rozmiarów, by przez ranę operacyjną można było wytoczyć nieuszkodzoną cystę poza komorę przednią. Wówczas wykonywano cięcie południkowe w niezmięnionej tęczęwce prowadząc je od kąta rogówkowo-tęczęwkowego do brzegu źrenicznego. Po odcięciu podstawy tęczęwki torbiel usuwano. Nienaruszoną cystę udało się usunąć w 3 przypadkach. W pozostałych pękły w momencie oddzielania ich od rogówki. W 2 oczach zawierających przezroczyste soczewki zachowano brzeg źreniczny tęczęwki, dzięki czemu źrenica zachowała okrągły kształt (ryc. 1).

W 3 oczach afakijnych wykonano plastykę tęczęwki pozwalającą na uzyskanie okrągłej źrenicy (ryc. 2).

W 1 przypadku równocześnie wykonano usunięcie zaćmy wtórnej.

Z Kliniki Okulistyki Dziecięcej AM w Katowicach, kierownik: doc. dr med. Bronisława Koraszewska-Matuszewska

Reprint requests to: Doc. dr med. Bronisława Koraszewska-Matuszewska, ul. Zwirki i Wigury 15 m. 31; 40-063 Katowice, Poland

BRONISŁAWA KORASZEWSKA-MATUSZEWSKA
i ARIADNA GIBREK-ŁAPINSKA

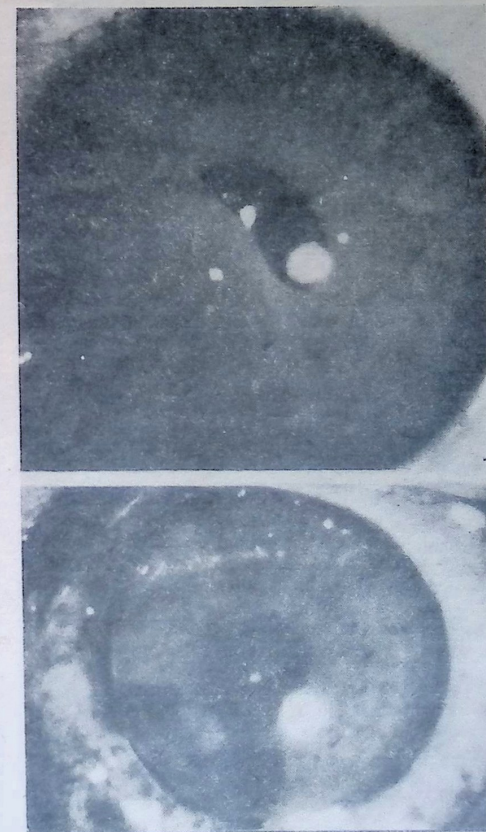
Chirurgia pourazowych torbieli tęczęwki u dzieci

SURGERY OF THE POST-TRAUMATIC CYSTS OF THE IRIS IN CHILDREN

The authoresses describe 7 cases of implanted iris cysts which appeared after perforating corneal injuries in children aged 3 to 14 years. All the cysts have been excised by sector iridectomy performed in the healthy iris. Described is the technique of the intervention. Attention is called to the possibility of preservation of a round pupil by leaving intact the pupillary border or by a simultaneous plastic operation of the iris.

HASŁA: torbiele tęczęwki wszczepienne, wycięcie całkowite, plastyka tęczęwki

KEY WORDS: implanted iris cysts, total excision, plastic operation of the iris



Ryc. 2. Torbiel tęczęwki u dziecka 8-letniego w oku z soczewką — u góry, stan po operacji — u dołu.