

Oftan® Timolol

LEIRAS



Prace oryginalne

Klinika Oczna 1996, 98 (6): 427-428
ISSN 0023-2157 Indeks 362 646

Zastosowanie 5-fluorouracilu we wczesnym okresie po trabekulektomii

Local application of 5-fluorouracil shortly after trabeculectomy

Maria Lewandowska-Furmanik, Jerzy Toczolowski

Purpose: To present own results of treatment with 5-FU in the cases with high intraocular pressure and increased cicatrization shortly after trabeculectomy.

Material and methods: Subconjunctival injections of 5-FU were applied in 12 patients in whom, immediately after trabeculectomy, intraocular pressure was above 22 mmHg and conjunctiva on the filtering bleb was thickened.

Results: Normalization of the intraocular pressure and good function of the filtering bleb was achieved in 83.3% of patients.

Słowa kluczowe: jaskra, trabekulektomia, 5-fluorouracil

Key words: glaucoma, trabeculectomy, 5-fluorouracil

Najczęstszą przyczyną wzrostu ciśnienia śródgałkowego po operacjach przetokowych jest powstawanie zmian bliznowatych w miejscu filtracji (1, 3, 7, 8).

Operacje przetokowe dają gorsze wyniki u osób poniżej 45. roku życia. U chorych w tym wieku korzystne wyniki leczenia operacyjnego uzyskuje się zaledwie w 50% przypadków, natomiast u pacjentów po 60. roku życia – w 70-90%. Tłumaczy się to obecnością grubszej torebki Tenona i intensywnym bliznowaceniem występującym u osób młodych (8). Do rozrostu fibroblastów po operacji dochodzi przede wszystkim na powierzchni nadtwardówki i na samej torebce Tenona (3).

Ostatnio przedstawiono wiele prac dotyczących zastosowania antymetabolitów jak 5-fluorouracil (5-FU) lub mitomycyna w przebiegu pooperacyjnym po trabekulektomii, które donoszą o możliwości uzyskania poprawy wyników leczenia (4, 5).

Celem przedstawionych badań jest podanie własnych wyników po stosowaniu 5-FU we wczesnym okresie po trabekulektomii u chorych z utrzymującym się

podwyższonym ciśnieniem śródgałkowym, u których proces bliznowacenia w obrębie przetoki pooperacyjnej miał przebieg wzmocniony.

Badania własne

W II Klinice Okulistyki w Lublinie od stycznia 1993 do stycznia 1994 r. zastosowano 5-FU u 12 chorych, u których w 2.-3. dniu po trabekulektomii stwierdzano ciśnienie śródgałkowe wyższe niż 22 mm Hg oraz cechy zgrubienia spojówki gałkowej w miejscu przetoki filtracyjnej. Lek rozpuszczony w 0,3 ml soli fizjologicznej podawano podspojówkowo, w miejscowym znieczuleniu kokainą w dawce 5 mg co drugi dzień. Iniekcję wykonywano po przeciwnej stronie rany pooperacyjnej w rąbku rogówkowo-twardówkowym. Wszyscy chorzy otrzymali 7 wstrzyknięć 5-FU w łącznej dawce 35 mg. Dodatkowo zakraplano do worka spojówkowego leki rozszerzające źrenicę i kortykosteroidy. Spośród 12 pacjentów 7 należało do grupy wysokiego ryzyka – w tym 3 było w wieku poniżej 50 lat, u 2 występowała jaskra krwotoczna, a 2 operowano po raz drugi z powodu braku normalizacji ciśnienia po pierwszej operacji.

Po 14 dniach od rozpoczęcia leczenia 5-FU zaobserwowano poprawę u 10 spośród 12 chorych. Użytkowano normalizację ciśnienia śródgałkowego. Stwierdzano

Z II Kliniki Okulistyki AM w Lublinie
Kierownik: prof. dr hab. Jerzy Toczolowski

Adres do korespondencji (Reprint requests to):
Dr med. Maria Lewandowska-Furmanik
ul. Poniatowskiego 10/2
20-060 Lublin

dżono nie pogrubioną spojówkę w obrębie poduszki filtracyjnej oraz zahamowanie dalszego wrastania naczyń. W 2 przypadkach nie zaobserwowano poprawy. U 1 chorej z jaskrą przewlekłą zamykającego się kąta i u 1 chorego z jaskrą krwotoczną, mimo stosowanego leczenia, nie uległo normalizacji ciśnienie śródgałkowe.

Omówienie

Użycie antymetabolitów w chirurgii jaskry znacznie zredukowało niepowodzenia, prowadząc do skuteczniejszego obniżenia ciśnienia śródgałkowego. Działanie tych leków polega na hamowaniu podziału fibroblastów i procesu bliznowacenia (4, 5). Obniżenie ciśnienia jest ważne szczególnie u chorych z jaskrą otwartego kąta. Według większości autorów, w okresie pooperacyjnym powinno ono być utrzymywane na poziomie poniżej 15 mm Hg. Takie ciśnienie śródgałkowe zazwyczaj prowadzi do stabilizacji pola widzenia i utrzymania stałej ostrości wzroku (3).

Zastosowanie 5-FU lub mitomycyny po operacjach przetokowych pozwala na uzyskanie odpowiednio 81% i 92% dobrych rezultatów pooperacyjnych (2).

Obecnie antymetabolity podaje się najczęściej chorym z grupą wysokiego ryzyka. Są to osoby poniżej 50. roku życia z bezsoczewkowością, pseudofakcją oraz pacjenci, u których wcześniej wykonano operację przeciwjaskrową, nie osiągając dobrych wyników.

Szczególną grupę stanowią chorzy z jaskrą krwotoczną.

Zdaniem części autorów, antymetabolity powinny otrzymywać wszyscy chorzy po operacjach przetokowych (8). Według innych, wskazaniem do podawania 5-FU stanowi pogrubienie i wrastanie naczyń w spojówkę w obrębie poduszki filtracyjnej lub pooperacyjny wzrost ciśnienia śródgałkowego (3). Zaobserwowano, że poduszka filtracyjna po zastosowaniu 5-FU jest większa, bardziej ograniczona i ma cieńsze ściany (2, 6).

Podawanie 5-FU następuje zwykle w 3. dniu po operacji, tj. w momencie rozpoczęcia się procesu bliznowacenia. Zazwyczaj lek stosuje się przez 8-14 dni, obserwując stan poduszki filtracyjnej. Jednorazowa dawka 5-FU podawanego podspojówkowo wynosi 5 mg. Niekiedy dawkę tę podaje się dwa razy dziennie, a w późniejszym okresie raz dziennie (1, 3). Rzadziej stosuje się podczas operacji pojedyncze przyłożenia gąbki nasączonej 25 mg 5-FU na częściowo odpreparowany płatek nadtwardówki.

Podczas leczenia 5-FU podawaliśmy w przypadkach, w których w okresie pooperacyjnym stwierdza-

no podwyższone ciśnienie śródgałkowe, a przebieg gojenia wykazywał cechy wzmożonego bliznowacenia w obrębie przetoki pooperacyjnej.

Po 14 dniach od zastosowania 5-FU poprawę zaobserwowano u 10 chorych, tj. w 83,3% przypadków.

Objawy uboczne po podawaniu 5-FU występują rzadko. Mogą powstawać ubytki nabłonka rogówki, keratopatia, a także odwarstwienie naczyniówki (8, 9).

Ubojnego działania leku u naszych pacjentów nie stwierdzono.

Przedstawione obserwacje wskazują, że 5-FU jest bezpieczny i nie zwiększa ryzyka okołoperacyjnego. Jego podanie okazało się skuteczne w przypadku większości osób, u których po trabekulektomii utrzymuje się podwyższone ciśnienie śródgałkowe i występują objawy zwiększonego bliznowacenia w miejscu przetoki pooperacyjnej.

Piśmiennictwo

1. The Fluorouracil filtering surgery study group. *Tree-year follow-up of the fluorouracil filtering surgery study*. Am. J. Ophthalmol., 1993, 115, 82-92.
2. Lamping K.A., Bellows A.R., Hutchinson B.T., Afram S.L.: *Long term evaluation of initial filtration surgery*. Ophthalmology, 1986, 93, 91-101.
3. Liebman J.M., Ritch R., Marmor M. Nunez J., Wolner B.: *Initial 5-fluorouracil trabeculectomy in complicated glaucoma*. Ophthalmology, 1991, 98, 1036-1041.
4. Rockwood E.J., Parrish R.K., Heuer D.K., Skuta G.L., Hoolapp E., Palmberg P.F., Gressel M.G., Feuer W.: *Glaucoma filtration surgery with 5-Fluorouracil*. Ophthalmology, 1987, 94, 1071-1078.
5. Ruderman J.M., Welch D.B., Smith M.F., Shoch D.E.: *A randomized study of 5-fluorouracil and filtration surgery*. Am. J. Ophthalmol., 1987, 104, 218-224.
6. Spaeth G.L., Poryzees E.: *A comparison between peripheral iridectomy with thermal sclerostomy and trabeculectomy: a controlled study*. Brit. J. Ophthalmol., 1981, 65, 783-789.
7. Weinreb R.N.: *Adjusting the dose of 5-fluorouracil after filtration surgery to minimize side effects*. Ophthalmology, 1987, 94, 564-570.
8. Whiteside-Michel J., Liebman J.M., Ritch R.: *Initial 5-fluorouracil trabeculectomy in young patients*. Ophthalmology, 1992, 99, 8-11.
9. Wilson R.P., Steinman W.C.: *Use of trabeculectomy with postoperative 5-fluorouracil in patients requiring extremely low intraocular pressure levels to limit further glaucoma progression*. Ophthalmology, 1991, 98, 1047-1052.

Praca wpłynęła do Redakcji 20 września 1994 r. (212)

Prace oryginalne

Klinika Oczna 1996, 98 (6): 429-432
ISSN 0023-2157 Indeks 362 646

Astygmatyzm rogówki po tunelowym otwarciu komory przedniej do ekstrakcji zaćmy

Corneal astigmatism after tunnel incision for cataract extraction

Teresa Skubiszewska, Stanisław Mrzygłód, Alfred Warczyński, Renata Krzysztofik

Purpose: To evaluate the development of astigmatism after cataract extraction depending on the kind of incision

Material and methods: Astigmatism was examined in 107 eyes of 92 patients, who underwent cataract extraction, mostly with IOL's implantation. In 52 eyes phacoemulsification with tunnel incision, measuring 5 mm in 27 and 8 mm in 25, was performed. In the control group of 55 eyes incision with scleral flap measured 2/5 of the corneal circumference. In cases with 5 mm incisions no sutures were used, in 8 mm incisions wounds were closed with single sutures and in control group the double continuous sutures were applied. Astigmatism was measured in two days, one week, four weeks and 3 months after surgery.

Results: Post-operative astigmatism decreased gradually and after 3 months was average 0.14 D in the eyes without sutures, 0.68 D in those with single ones and 1.78 D in the control group.

Słowa kluczowe: astygmatyzm rogówkowy, fakoemulsyfikacja, zewnątrztołrebkowe usunięcie zaćmy, małe otwarcie, sztuczna soczewka wewnątrzgałkowa

Key words: corneal astigmatism, phacoemulsification, extracapsular lens extraction, small incision, artificial intraocular lens

Astygmatyzm rogówkowy jest nieuniknioną konsekwencją operacji zaćmy. Zasadniczą ideę ewolucji sposobów otwarcia gałki ocznej w leczeniu zaćmy oraz korygowania refrakcji rogówki za pomocą sztucznej soczewki stanowi zapobieganie pooperacyjnej deformacji krzywizny rogówki (2, 8).

Zewnątrztołrebkowe usunięcie zaćmy z szerokim otwarciem prowadzi zwykle do powstania większego astygmatyzmu niż w przypadku mniejszego otwarcia tunelowego, koniecznego do fakoemulsyfikacji (3-5, 7, 9).

Głównym celem naszej pracy było przesłedzenie astygmatyzmu powstającego po tunelowym otwarciu gałki ocznej szerokości 8 mm z założeniem 3 poje-

dynczych szwów na brzegi rany twardówki oraz po tunelowym otwarciu szerokości 5 mm bez zakładania szwów. Porównawczo przebadaliśmy grupę oczu po wykonaniu trójplaszczynowego otwarcia szerokiego na 12 mm i założeniu szwu ciągłego podwójnego na płatek twardówki.

Materiał i metoda

Badaniami objęto 107 oczu 92 osób, 46 kobiet i 46 mężczyzn w wieku od 7 do 91 lat. Operacje zaćmy wykonano w ciągu trzech miesięcy od listopada do stycznia. Badano refrakcję rogówki w dwóch prostopadłych południkach aparatem Javal'a firmy Zeiss. Badania przeprowadzono przed zabiegiem, 2 dni po usunięciu zaćmy, w dniu wypisu ze szpitala oraz po 4 tygodniach i 3 miesiącach. Chorych podzielono na trzy grupy (tab. I).

W I grupie, liczącej 25 oczu, wykonano otwarcie tunelowe gałki ocznej w twardówce, 2 mm od rąbka rogówki, równoległe do niego, szerokości 8 mm. Zmę-

Z Kliniki Okulistycznej Centralnego Szpitala Klinicznego WAM w Warszawie
Kierownik: prof. dr hab. Stanisław Mrzygłód

Adres do korespondencji (Reprint requests to):
Dr med. Teresa Skubiszewska
ul. Tarnowiecka 3/90
04-174 Warszawa