

przeważającej części chorych bo u 45 chorych, dwukrotnie u 22 pacjentów, trzykrotnie u 9 a czterokrotnie u 2 chorych. W wyniku zastosowania laserowej fotokoagulacji jako uzupełniającego leczenia operacyjnego odwarstwienia siatkówki uzyskano przyłożenie siatkówki u 75 chorych, tj. 96,2%.

#### OMÓWIENIE

Skuteczność leczenia operacyjnego odwarstwienia siatkówki zależy od zamknięcia otworu<sup>1</sup>. Dlatego tak ważne jest odpowiednie postępowanie podczas zabiegu operacyjnego korygujące ewentualność niepowodzenia. Główną zasadą wczesnego uchwycenia możliwości wystąpienia komplikacji jest bardzo dokładna ocena położenia wszczepu<sup>1</sup>. Należy przestrzegać głównych zasad wpuklenia twardej siatkówki: odpowiednia szerokość wgłobienia w stosunku do otworu musi być uwarunkowana szerokością plomby, a wysokość wpuklenia jest uzależniona odległością obu ramion śródtwardówkowych szwów fiksujących<sup>1</sup>. Możliwość powikłań przy zastosowaniu wszczepów równoleżnikowych są większe i dlatego, o ile to możliwe, należy dawać pierwszeństwo wszczepom południkowym oraz unikać jeśli można drenażu płynu podsiatkówkowego<sup>1</sup>. Jeśli mimo przestrzegania tych zasad po operacji siatkówka jest uniesiona to, po wykluczeniu przyczyn otworu, przyczyną złego wyniku zabiegu jest niewystarczające zamknięcie otworu siatkówki<sup>1</sup>. W takich przypadkach należy przede wszystkim zastosować fotokoagulację laserową jako pierwsze postępowanie. Fotokoagulacja powinna być stosowana jedynie tylko w obszarze przylegającej siatkówki i to nie później zasadniczo niż 4 dni po leczeniu operacyjnym<sup>1</sup> albo tylko w obszarze płaskiego odwarstwienia siatkówki na wszczepie, w którym zasadniczo występuje kapilarna szczelina płynu podsiatkówkowego<sup>1</sup>. Koagulacje mogą być przeprowadzone w kilku etapach. Przeciwwskazaniem do fotokoagulacji jest silne pociąganie ciała szklatego w obrębie przedarcia<sup>1</sup>. Przedstawione przez nas wyniki obserwacji uzupełnienia różnego typu leczenia operacyjnego odwarstwienia siatkówki fotokoagulacją laserową są bardzo korzystne we wczesnych okresach, co jest zgodne z piśmiennictwem<sup>1,2</sup>, i w na-

szym materiale wynoszą 96,2%. Spośród 78 chorych największa ilość fotokoagulacji laserowych była wykonana w przypadkach wszczepów południkowych, bo aż u 36 pacjentów. Fotokoagulacja u 45 chorych była przeprowadzona jednorazowo i była wystarczająca, natomiast w pozostałych oczach wykonywano ją 2, 3 i 4-krotnie, ponieważ wymagała etapowej koagulacji nieznacznie uniesionej siatkówki, aby spowodować powolne, co dzień większe, spłaszczenie brzegów przedarcia aż do całkowitego przyłożenia się siatkówki. Wytłumaczeniem spłaszczającego się odwarstwienia siatkówki jest spowodowany przez koagulację laserową obrzęk warstwy barwnikowej i naczyńki, dający lepszy kontakt z siatkówką i ułatwiający przepływ podsiatkówkowego płynu przez naczyniówkę<sup>3</sup>. Wg Freylera<sup>4</sup> koagulacja przyspiesza pozornie resorpcję płynu podsiatkówkowego i prawdopodobnie płyn podsiatkówkowy może łatwiej dyfundować przez koagulowaną warstwę barwnikową niż przez niezmienną. Czy fotokoagulacja jest skuteczna można ocenić na podstawie szybkiego, tj. w ciągu kilku godzin do kilku dni, zresorbowania się płynu podsiatkówkowego. Na podstawie naszego materiału nie uzyskaliśmy dobrego wyniku leczenia u 3 chorych, tj. w 3,8%. Dopiero gdy fotokoagulacja laserowa jako metoda uzupełniająca operacyjne leczenie odwarstwienia siatkówki jest nieskuteczna należy myśleć o reoperacji.

#### PIŚMIENICTWO

1. Chan C.K., Olk R.J., Arribas N.P., Escofery R.F., Grand M.G., Schoch L.H.: Supplemental photocoagulation on the buckle for prevention of surgical revision after scleral buckling procedures. *AMA Arch. Ophthalmol.* 105: 490-496 (1987).
2. Chignell A.W., Fison L.G., Davis E.W.: Failure in retinal detachment surgery. *Brit. J. Ophthalmol.* 57: 525 (1973).
3. Curtin V.T., Norton E.W.D., Gass J.D.M.: Photocoagulation: Its use in the prevention of reoperation after scleral buckling operations. *Trans. amer. Acad. Ophthalmol.* 71: 432-441 (1967).
4. Freyler H.: Netzhautabhebung. Ein Leitfaden zur Prophylaxe und Chirurgie. (Springer, Wien 1982).
5. Freyler H., Gnad H.D.: Photokoagulation zur Unterstützung eindimensionaler Operationsverfahren bei Amotio retinae. *Klin. Mbl. Augenhk.* 181: 315-319 (1982).

Praca wpłynęła: 2.02.1991 (nr 5720).

Z WYRODNIENIE żółtkowate plamki (*degeneratio vitelliformis maculae*) zaliczane jest do dystrofii dziedzicznych. Po raz pierwszy opisane zostało przez Adama w 1883 r.<sup>1</sup>, zaś Best w 1905 r.<sup>2</sup> stwierdził jego rodzinne i dziedziczne występowanie. Nazwę „zwyrodnienie żółtkowate” — używaną do dziś wprowadzili Zanen i Rausin<sup>3,4,5,6</sup> w 1950 r. w oparciu o obraz oftalmoskopowy najbardziej charakterystycznej postaci schorzenia. Krill<sup>7</sup> użył określenia: „vitellirruptive”, odwołując w ten sposób cechę ewolucji morfologicznej zmian.

Schorzenie to nie występuje często<sup>3,4</sup>. W naszym materiale liczącym ponad 300 tysięcy badanych, obserwowaliśmy tylko 5 przypadków. Wykrycie zmian jest zwykle przypadkowe, gdyż przez długi okres czasu ostrość wzroku pozostaje prawidłowa<sup>4,7</sup>. Powolna ewolucja obrazu oftalmoskopowego spowodowała, że początkowo uważany był on za stacjonarny, dopiero długotrwałe obserwacje pozwoliły na wyróżnienie następujących kolejno stadiów rozwojowych. Do chwili obecnej powstało kilka klasyfikacji obrazu klinicznego zwyrodnienia żółtkowatego<sup>4,7</sup>.

Jako pierwszy objaw wymienia się zaburzenia w EOG, jeszcze przed wystąpieniem zmian widocznych oftalmoskopowo (okres przedżółtkowaty)<sup>3,4,7,8,9</sup>. Jest to jednak stadium dyskusyjne, gdyż stwierdzano patologiczny elektrokulogram u nosicieli genu w rodzinach objętych dystrofią, u których w trakcie wieloletniej obserwacji nie występowały zmiany na dnie oka. Opisywano także charakterystyczny obraz plamki u noworodków<sup>4</sup>.

Najbardziej typowym okresem jest stadium żółtkowate. Obserwuje się wówczas w obrębie plamki charakterystyczną owalną zmianę żółtawej barwy o wyraźnych granicach, wyglądem przypominającą żółtko. Z czasem następuje rozpad zawartości, (stąd określenie: „vitellirruptive”), powodujący powstanie obrazu „jajeczniczy”, przy czym mogą występować zmiany krwotoczne<sup>7</sup>. Stopniowo (ale nie zawsze) następuje sedymentacja treści dając obraz „rzekomego roposteku”, przechodzący następnie w okres bliznowacenia. W okresie tym histologicznie stwierdzono uszkodzenie blaszki podstawnej i warstwy włosowatej naczyniówki oraz warstwy barwnikowej<sup>10</sup>. Stan taki powstaje zwykle po 50 r.ż. i prowadzi do upośledzenia ostrości wzroku. Opisano jednak przypadek, w którym przejście od stadium żółtkowatego do okresu bliznowacenia trwało zaledwie trzy lata<sup>3</sup>.

Zmiany występują przeważnie obustronnie, jednak nie zawsze są symetryczne. Obserwowaliśmy przypadki, w których ewolucja zwyrodnienia przebiegała szybciej w jednym oku. W pierwszym z nich — przejście od okresu początkowego z nietypowymi zmianami w obydwu oczach do jednostronnego typowego obrazu żółtkowatego nastąpiło po 12 latach obserwacji, w drugim natomiast — przejście typowej postaci do obrazu „jajeczniczy” z krwotokami w jednym oku obserwowaliśmy po 6 latach.

Z Dolnośląskiego Centrum Diagnostyki Medycznej we Wrocławiu, dyrektor: prof. dr med. Wojciech Zukowski i z Kliniki Okulistycznej AM we Wrocławiu, kierownik: prof. dr med. Piotr Hańcyr

Reprint requests to: Dr med. Jerzy T. Woźny, ul. Zemska 15 m. 14; 54-440 Wrocław, Poland

JERZY T. WOŹNY, MARTA MISIUK-HOJLO  
i LIDIA GALL-LESNIK

## Zwyrodnienie dziedziczne plamki w trzech pokoleniach

### HEREDITARY MACULAR DEGENERATION IN THREE GENERATIONS

The family was described, where the vitellirruptive macular degeneration with various morphological picture was diagnosed in four persons (two males and two females) on the basis of ophthalmoscopic examination as well as fluorescein angiography. Morphologic variability of this dystrophy may lead to diagnostic difficulties, what previously caused unnecessary treatment of two examined men as cases of „central chorioiditis”.

HASŁA: zwyrodnienie żółtkowate plamki, dziedziczenie, angiografia fluoresceinowa

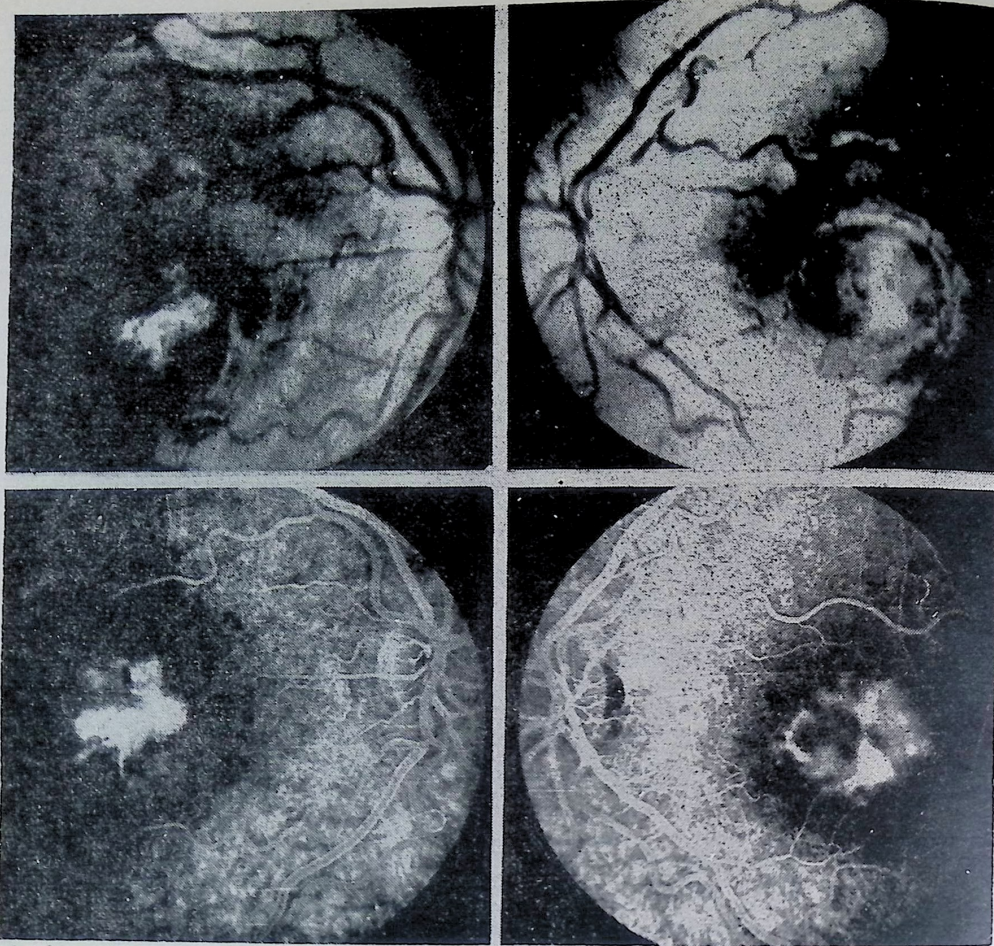
KEY WORDS: vitelliform macular degeneration, heredity, fluorescein angiography

Stan czynnościowy oka przez długi czas pozostaje niezmienny<sup>3,4</sup>. Pole widzenia i poczucie barw zwykle nie odbiegają od normy. Brak zmian w zapisie ERG przy patologicznym EOG pozwala przypuszczać, że proces zwyrodnieniowy toczy się w warstwie barwnikowej<sup>3,4</sup>. Opisano jednak przypadek<sup>10</sup>, w którym występowały zmiany w zapisie ERG. Niektórzy autorzy sądzą, że zmiany zlokalizowane są w hipotetycznej przestrzeni pomiędzy warstwą barwnikową a warstwą receptorową siatkówki<sup>6,10,11</sup>. Przypuszczano również, że stadium „jajeczniczy” może być rodzajem surowiczej choroidopatii centralnej, jednak dokładniejsze badania pozwoliły na wykluczenie tej możliwości<sup>2</sup>.

#### OPIS PRZYPADKÓW

1. Adrianna K., 8 lat, poddana badaniu z powodu nieznacznego obniżenia ostrości wzroku prawego oka. Stan ogólny oraz wyniki badań laboratoryjnych bez odchyłań od normy. Badanie okulistyczne: vis.o.d. 0,7, knp, vis.o.s. 0,9, knp. Pole widzenia oraz rozpoznawanie barw prawidłowe. Aparat ochronny i ośrodki optyczne obydwu oczu — prawidłowe.

Dno oczu (ryc. 1): oko prawe — tarcza n. II prawidłowa, naczynia oprócz nieznacznego stopnia krętości tętnic nie wykazują zmian. W obszarze plamkowym, nieco acentrycznie ku skroni widoczne ognisko zwyrodnienia wielkości około 1,5 dd, poziomo owalne, żółtawej barwy, wyraźnie jaśniejsze w części nosowej i dolnej. Wzmoczone odbłaski siatkówkowe w tylnym biegunie, szczególnie wokół plamki. Oko lewe: niewielki rąbek barwnikowy przy skroniowym brzegu tarczy n. II, poza tym obraz tarczy i naczyń jak w oku prawym. W obrębie plamki poziomo owalny obszar zwyrodnienia pomarańczowożółtej barwy, wielkości około 1,5 dd, z plamistymi ogniskami barwy żółtej na powierzchni i niewielkim, okrągłym ciemniejszym polem w centrum. Wokół plamki wyraźnie wzmoczone odbłaski siatkówkowe. Fluoresceinografia: przez cały okres badania wi-

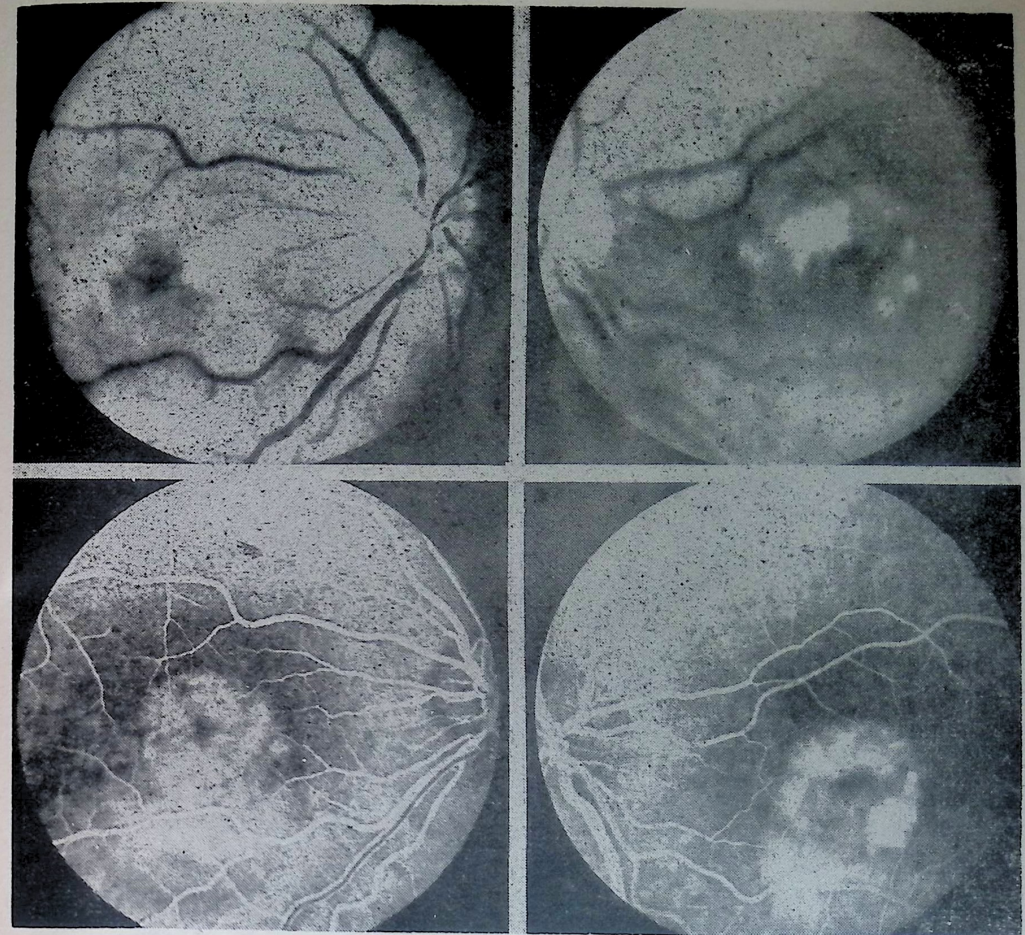


Ryc. 1. Dno oczu w przypadku 1.

doczna drobnoplamista fluorescencja naczyńkowa, szczególnie wzdłuż dużych naczyń. Krążenie siatkówkowe prawidłowe. W obydwu oczach nieregularna gruboplamista fluorescencja w plamce, odpowiadająca widocznym oftalmoskopowo żółtym ogniskom w obszarach zwyrodnienia. W miarę upływu czasu badania można sugerować zwyrodnienie typu *Stargarda*, jednak przeciwko takiemu rozpoznaniu przemawiała asymetria zmian jak również nieproporcjonalnie dobra w stosunku do obrazu oftalmoskopowego ostrość wzroku. Podobnie wynik badania fluoresceinograficznego (brak objawu „ciszy naczyńkowej”) pozwalał wykluczyć zwyrodnienie młodzieńcze. Rozpoznano zwyrodnienie żółtkowate w okresie „jajecznic”. Z wywiadu rodzinnego wynikało, że ojciec dziecka przeżył leczenie z powodu centralnego zapalenia naczyńki i siatkówki obydwu oczu. W tej sytuacji również jego poddano badaniu okulistycznemu.

2. *Lesław K.*, 34 lata (ojciec *A.K.*). Badania okulistyczne: vis.o.d. 0,7, knp, vis.o.s. 0,5, knp. Pole widzenia oraz rozpoznawanie barw — prawidłowe. Aparat ochronny oraz ośrodki optyczne obydwu oczu bez zmian.

Dno oczu (ryc. 2): oko prawe: tarcza n. II i naczynia prawidłowe. W plamce widoczny obszar zwyrodnienia wielkości 1 dd z licznymi punktami żółtawobiałej barwy, układającymi się głównie na obwodzie plamki oraz w formie rozety wokół dołeczka. Zmiana plamki znajduje się w szczycie okrągłego obszaru wielkości 2×2 dd, jaśniejszego od otoczenia, w którego dolnej części można wyróżnić obecność treści żółtawej barwy z wyraźnym górnym poziomem (ropostek rzekomy). Oko lewe: tarcza n. II i naczynia prawidłowe. W plamce ognisko degeneracyjne wielkości 1 dd otoczone wieńcem plamki żółtawej barwy. Widoczna migracja barwnika w okolicy dołeczka. Ognisko plamkowe jest położone w szczycie obszaru wielkości 2×2 dd z wyraźnie jaśniejszym brzegiem skroniowym i dolnym, przy czym w 1/3 dol-



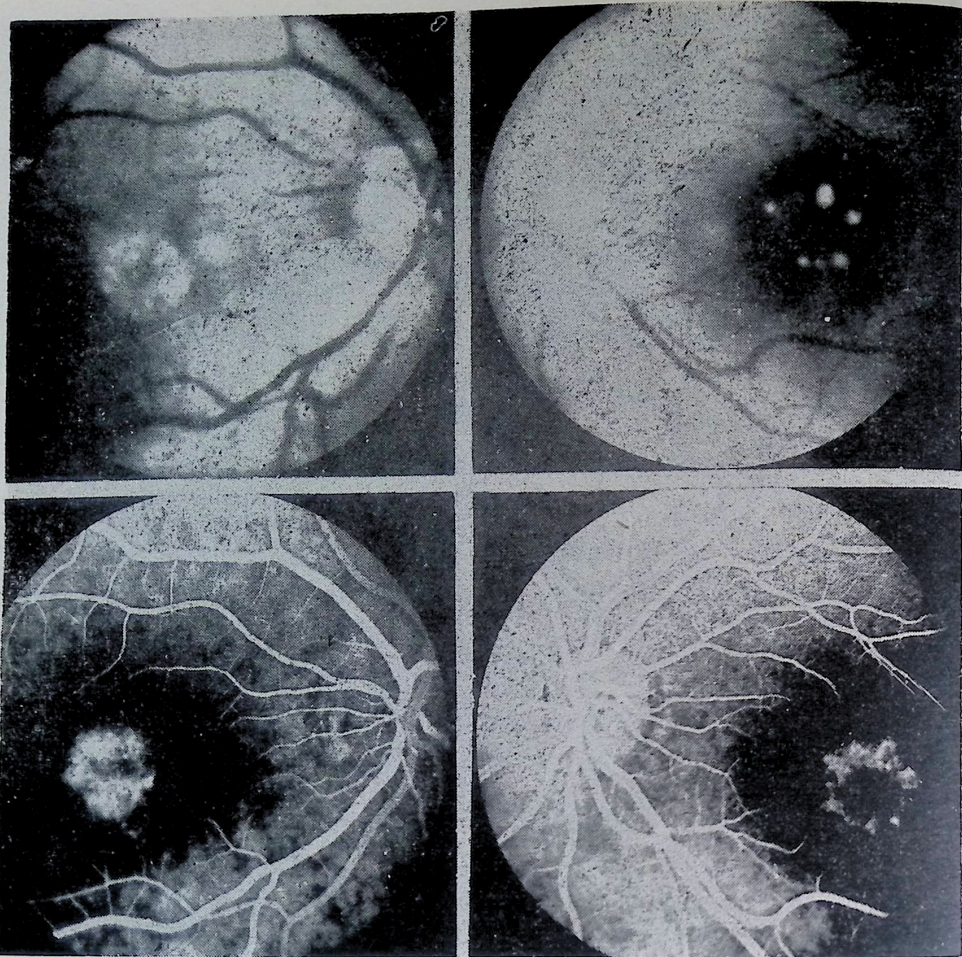
Ryc. 2. Dno oczu w przypadku 2.

nej tego obszaru można wyróżnić obecność żółtej treści z lekko wklęsłym górnym meniskiem. Całość zmian wydaje się lekko uniesiona ponad poziom dna oka. Fluoresceinografia: wyraźna drobnoplamista fluorescencja naczyńkowa. W obydwu oczach dołeczek wydaje się niezmienny, natomiast w plamce obserwuje się plamistą fluorescencję. W opisywanym jaśniejszym obszarze 2×2 dd występuje dyskretny objaw maskowania, pozwalający dokładnie określić granice zmian, przy czym szczególnie w oku prawym, można zaobserwować poziom rzekomego roposteku, ponad którym występuje hiperfluorescencja. Zarówno w plamce, jak na całym obszarze zmian zwyrodnieniowych w miarę upływu czasu badania obserwuje się ogniska naciekania barwnikiem. W przypadku tym, przy nieznacznym tylko obniżeniu ostrości wzroku, nieproporcjonalnym do zmian obserwowanych oftalmoskopowo, jak również w oparciu o dane uzyskane z wywiadu i wyniki badania fluoresceinograficznego rozpoznaliśmy zwyrodnienie żółtkowate w stadium roposteku rzekomego. Ze względu na rodzin-

ne występowanie zmian badania okulistycznemu poddano również pozostałych członków rodziny.

3. *Jolanta K.*, 36 lat (siostra *L.K.*). Vis.o.d. 0,6, knp, vis.o.s. 0,6, knp. Pole widzenia oraz rozpoznawanie barw prawidłowe. Aparat ochronny i ośrodki optyczne obydwu oczu — prawidłowe. Dno oczu (ryc. 3) — oko prawe: tarcza n. II i naczynia prawidłowe. W plamce okrągłe ognisko wielkości 3/4 dd, nie odbiegające wyraźnie zabarwieniem od otaczającego obszaru dna, z jaśniejszą obwódką oraz nieregularnie rozrzuconymi różnej wielkości punktami żółtawej barwy. Oko lewe: tarcza n. II i naczynia prawidłowe. W plamce lekko owalne ognisko zwyrodnieniowe wielkości około 1 dd, pomarańczowożółtej barwy, z białozłotymi punktami różnej wielkości, rozmieszczonymi głównie na obwodzie zmiany.

Fluoresceinografia: przez cały okres badania obserwuje się w plamce obu oczu drobne ogniska fluorescencji. W oku lewym ogniska te układają się głównie na obwodzie zmiany, przyjmując charakterystyczną postać rozety lub „płatków kwiatu”. W przypadku *Jolan-*



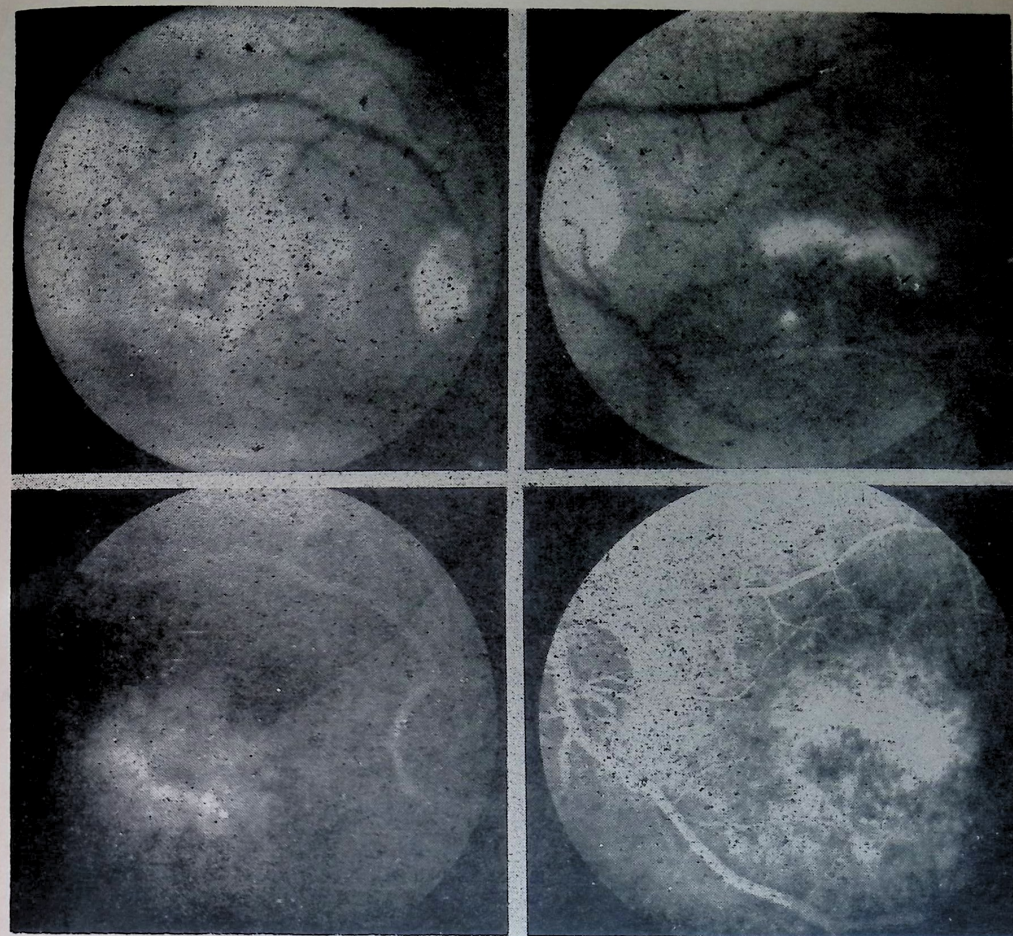
Ryc. 3. Dno oczu w przypadku 3.

ty K. na podstawie obrazu oftalmoskopowego oraz wyników badania fluoresceinograficznego postawiliśmy rozpoznanie zwyrodnienia żółtkowatego w postaci typowej.

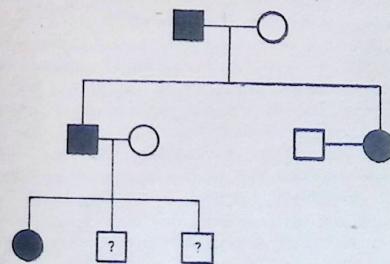
4. Józef K., 62 lata (ojciec L.K. i J.K.). Stan ogólny bez wyraźniejszych odchyśleń od normy, odpowiedni do wieku. W wywiadzie — przebyte leczenie z powodu rozpoznania centralnego zapalenia naczyń i siatkówki obydwu oczu. Badanie okulistyczne: vis.o.d. l.p. z 2 m, knp, vis.o.s. l.p. z 4 m, knp. Rozróżnianie barw zachowane, przewlekły nieżyty spojówek. W prawym oku początkowa zaćma starcza, wzmożona opalescencja soczewki w oku lewym.

Dno oczu (ryc. 4). Oko prawe: obraz widoczny za mgłą. Tarcza n. II prawidłowa, oprócz objawów łagodnego stwardnienia tętnic naczyń nie wykazują zmian. W plamce ognisko zwyrodnieniowe wielkości około 2 dd o nieco nieregularnym brzegu, z pojedynczymi punktami żółtawej barwy. Oko lewe: tarcza n. II i naczyń jak w oku prawym. W plamce poziomo owalny obszar zwyrodnienia wielkości 1,5×2 dd o nieco nie-

regularnych granicach, barwy pomarańczowoczerwonej, z pojedynczymi żółtymi ogniskami oraz pasmem zmian degeneracyjnych biegnącym łukowato ku dołowi i skroni przez cały obszar plamki. Fluoresceinografia: obraz oka prawego nieostry z powodu zmętnień soczewki. W obszarze plamkowym widoczne ogniska hiperfluorescencji na powierzchni około 2×2,5 dd. W oku lewym hiperfluorescencja występuje na obszarze średnicy około 2 dd, przy czym można zaobserwować migrację barwnika oraz objaw naciekania w obrębie łukowatego pasma biegnącego w poprzek plamki. U Józefa K. na podstawie obrazu oftalmoskopowego, fluoresceinografii oraz w oparciu o dane wywiadu i wyniki badań pozostałych członków rodziny rozpoznano zwyrodnienie żółtkowate w okresie bliźnowacenia. Nie udało się ustalić danych dotyczących schorzeń okulistycznych w poprzednich pokoleniach. Lesław K. jest ojcem jeszcze dwojga dzieci płci męskiej (12 mies. i 4 lata), których nie przebadaliśmy ze względu na niechętną współpracę przedstawianej rodziny.



Ryc. 4. Dno oczu w przypadku 4.



Ryc. 5. Drzewo genealogiczne opisywanej rodziny.

#### OMÓWIENIE

Zwyrodnienie stwierdzono u 4 osób w trzech pokoleniach (ryc. 5). W chwili badania tylko jeden przypadek odpowiadał oftalmoskopowo postaci typowej. W pozostałych występowały wszystkie stadia ewolucyjne schorzenia: „jajeczniczy”, „rzekomego ropostęku” i bliźnowa-

cenia. Zwraca uwagę stosunkowo wczesne występowanie rozpadu treści zmian żółtkowatych, powodujące powstanie nietypowego obrazu, co w przypadku Lesława K. i Józefa K. było powodem przeprowadzenia leczenia „chorioretinitis centralis” przez naszych poprzedników. Niestety, nie było możliwe wykonanie badania EOG, którego wynik jest decydujący dla rozpoznania choroby Besta, uważamy jednak, że wyniki badań okulistycznych w połączeniu z fluoresceinografią upoważniają nas do takiego rozpoznania. Stwierdzenie zmian w trzech pokoleniach w linii ojca pozwala na określenie dziedziczenia typu autosomalnego dominującego, co również może potwierdzać słuszność diagnozy<sup>4,5,6</sup>. Opisywana rodzina w miarę możliwości będzie nadal pod obserwacją.

#### PÍSMIENICTWO

1. Barrios R.R.: Angiografia con fluoresceina en el diagnostico diferencial de las lesiones maculares. XXI Concilium ophthalmologicum, Mexico 1970: 440—453.

(Excerpta Medica, Amsterdam 1971). — 2. Bonamour G., Dorne P.: „La choroidité séreuse centrale” existe-t-elle? Arch. Ophthal. 31: 5-14 (1971). — 3. Borowski J.: Degeneratio vitelliformis maculae. Klin. oczna 47/79: 397-399 (1977). — 4. Horodeński J.: Zwyródnienie żółtkopodobne plamki (degeneratio vitelliformis maculae). Klin. oczna 43: 422-426 (1973). — 5. Janotka H., Starzycka M.: Dystrophia vitelliformis maculae unilateralis. Klin. oczna 42: 1273-1275 (1972). — 6. Krill A.E., Morse P.A., Petts A.M., Klien B.A.: Hereditary vitelliruptive macular degeneration. Amer. J. Ophthal. 61: 1405-1415 (1966). — 7. Mondelski S.: Zwyródnienie plamki żółtko-

wate. (w:) Orłowski W.J. (red.): Okulistyka współczesna, wyd. II, 316-318 (PZWL, Warszawa 1986). — 8. Olbromska W.: Dystrofia vitelliformis foveae centralis retinae. Klin. oczna 43: 1051-1053 (1973). — 9. Orłowski W.J., Bartkowska-Orłowska M.: Tapetopathia vitelliformis maculae. Choroba Besta, choroba Zanena czy syndroma retinae maculatae? Klin. oczna 43: 417-422 (1973). — 10. Postuszna B., Remlein-Mozolewska G., Palacz O.: Degeneratio vitelliformis maculae. Klin. oczna 44: 61-64 (1974).

Praca wpłynęła: 26.03.1991 (nr 5726).

**O**BUOCZNE występowanie czerniaków naczyniówki jest niezmiernie rzadkie<sup>2,4,9,12</sup> i jego prawdopodobieństwo ocenia się na 5-7 przypadków na 1 milion ludności europejskiej<sup>11</sup>, a nawet na 1:50 milionów<sup>2</sup>.

Guzy mogą pojawiać się jako jedyne zmiany nowotworowe w ustroju lub mogą im towarzyszyć inne schorzenia nowotworowe jak czerniaki skóry, raki jajnika czy płuc<sup>1,5-7,9,10</sup>. Czas pomiędzy wystąpieniem guza w jednym i drugim oku wynosi od 6 miesięcy do 8 lat<sup>2</sup>.

Ze względu na bardzo bogaty materiał w porównaniu z innymi ośrodkami klinicznymi pragniemy przedstawić przypadki własne obuocznych czerniaków.

W Klinice Okulistycznej AM w Krakowie w latach 1967-1989 obserwowano i leczono 6 chorych z obuocznym czerniakiem naczyniówki. U wszystkich wykonano rutynowe badanie okulistyczne, diafanoskopię, podstawowe badania laboratoryjne, internistyczne, u części osób USG a u jednej tomografię komputerową oczodołów. Prezentowane przez nas przypadki opisano w tab. I.

#### OMÓWIENIE

Wszyscy nasi chorzy zgłaszali się do okulisty w różnym czasie od stwierdzenia pierwszego objawu jakim było obniżenie ostrości wzroku.

U dwóch osób nie rozpoznano początkowo nowotworu. Chorą Z.Cz. (przyp. 3) leczono z powodu jaskry następczej i ślepoty prawego oka oraz guza wewnątrzgałkowego lewego oka, zaś chorego M.J. (przyp. 4) z powodu zapalenia siatkówki i naczyniówki prawego oka w tym samym ośrodku klinicznym, w którym dwa lata wcześniej usunięto mu lewą gałkę oczną z potwierdzonym histologicznie czerniakiem naczyniówki.

W przedstawionym przez nas materiale tylko w jednym przypadku usunięto obie gałki oczne. Czterem pacjentom usunięto jedno oko, zaś drugie leczono zachowawczo. W jednym przypadku leczono tylko jedno oko, gdyż chory nie zgłosił się ponownie, mimo wezwań, do kliniki. We wszystkich przypadkach potwierdzono histopatologicznie kliniczne rozpoznanie czerniaka wewnątrzgałkowego. W oczach usuwanych w naszej klinice stwierdzono w przypadkach 1, 4, 6 nowotwór o typie mieszanym według Callendera, zaś o typie nabłonkowatokomórkowym w przyp. 3.

Wiek chorych w naszym materiale wynosił 37-74 lat (średnio 56) i był niższy niż w materiale innych autorów<sup>1</sup>. Według Duke-Eldera<sup>2</sup> czas pomiędzy wystąpieniem guza w jednym i drugim oku waha się od 6 miesięcy do 8 lat. U dwóch naszych pacjentów rozpoznano prawie równocześnie nowotwór w obu oczach, jednak okres pomiędzy pojawieniem się zmian w jednym i drugim oku jest trudny do ustalenia i mógł wynosić kilka miesięcy. U pozostałych czterech chorych czas ten wynosił od 1 roku do 5 lat. Częstość występowania obuocznego czerniaka naczyniówki wydaje się większa w naszym materiale niż podają inni autorzy. Według bowiem Schammasa i Watzke'go<sup>12</sup> obustronny guz wewnątrzgałkowy występuje średnio 1 raz na 18 lat w populacji amerykańskiej. W naszym materiale w okresie

HELENA ŻYGULSKA-MACH, JOANNA SŁOMSKA i JOLANTA HEITZMAN

## Sześć przypadków obuocznych czerniaka błony naczyniowej

#### SIX CASES OF BILATERAL OCULAR MELANOMA

Six patients with bilateral ocular melanoma were treated in the period 1967-1989. In one case both eyes were enucleated, in 4 one eye only, the other eye was treated. In all enucleated eyes the clinical diagnosis of melanoma was confirmed histopathologically. Two patients died because of metastases to the lungs and liver, one is alive and remains in a periodical control; there are no informations on the remaining 3 patients.

HASŁA: czerniak naczyniówki, obuoczne guzy wewnątrzgałkowe, błona naczyniowa

KEY WORDS: uveal melanoma, bilateral ocular tumors, uvea

22 lat obserwowaliśmy aż 6 pacjentów z tym rozpoznaniem. Według tych samych autorów<sup>12</sup> rzadkość występowania czerniaków w obu oczach spowodowana jest skróceniem długości życia pacjentów z chorobą nowotworową, a tym samym pojawienia się guza w drugim oku.

Czas obserwacji naszych pacjentów był różny. Najdłużej, przez 19 lat obserwowany chory żyje i można go uważać za wyleczonego (przyp. 2). Zmarły na pewno, z powodu przerzutów, 2 osoby (przyp. 1 i 6). U jednej z nich, najmłodszej z naszych chorych (przyp. 6), po usunięciu pierwszego oka wykazano naciekanie twardówki i tarczy n. II. W 10 miesięcy później stwierdzono guz w drugim oku i przerzuty do płuc. Druga chora zmarła po 10,5 latach od usunięcia pierwszego oka z powodu przerzutów do wątroby. O losach 3 chorych brak dokładnych danych, ale z dużym prawdopodobieństwem można uznać, że zmarły. Jeden z tych chorych (przyp. 5) był w podeszłym wieku, a nowotwór rozpoznano w obu oczach jednocześnie. Guz w oku lewym wychodzący z ciała rzęskowego spowodował jaskrę następczą i zaćmę. W drugim oku zmiana nowotworowa zajmowała prawie połowę obwodu dna. U drugiej chorej (przyp. 3) również rozpoznano guzy w obu oczach prawie w tym samym czasie. W jednym oku zmiana była zaawansowana i doprowadziła do jaskry następczej, a w badaniu histologicznym stwierdzono, że guz miał średnicę aż 15 mm. U trzeciego chorego (przyp. 4) w pierwszym oku rozpoznano czerniak naczyniówki, w drugim oku po foto-koagulacji i napromienianiu doszło do jaskry następczej i konieczności wyluszczenia oka. Stwierdzono naciekanie twardówki, co zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia przerzutów.

Wśród naszych pacjentów nie stwierdziliśmy współistnienia innych schorzeń nowotworowych o czym piszą inni autorzy<sup>5-7,9,10</sup>.

Z naszych długoletnich doświadczeń wynika, że mimo rzadkości obustronnego występowania czerniaków błony naczyniowej, taką możliwość należy brać pod uwagę przy badaniu chorych z nowotworem jednego oka.

Z Kliniki Okulistycznej AM w Krakowie, kierownik: prof. dr med. Helena Żygulska-Mach i z Instytutu Patologii AM w Krakowie, dyrektor: prof. dr med. Anna Urban

Reprint requests to: Prof. dr med. Helena Żygulska-Mach, Rynek Kleparski 6 m. 2; 31-150 Kraków, Poland