

OFTENSIN®

KROPLE DO OCZU 0,25%; 0,5%

Timololum maleinicum

Timololum maleinicum = Timololum 2,5 mg lub 5 mg
Aqua pro inj. stabil. et conservans ad 100 ml

- WSKAZANIA**
- podwyższone ciśnienie śródgałkowe o różnej etiologii
 - jaskra pierwotna głównie z otwartym kątem przesłania
 - jaskra w oku bezsoczewkowym
 - niektóre przypadki jaskry wtórnej
- W przypadkach jaskry z wąskim kątem przesłania preparat Oftensin® powinien być stosowany w połączeniu z lekiem zwężającym źrenicę.

PRZECIWSKAZANIA

Dychawica oskrzelowa, choroby układu oddechowego z odczynem spastycznym, niewydolność serca, niedostateczność krążenia, przedmiotowo-komorowy II stopnia, bradykardia, wstrząs kardiogeny oraz uczulenie na którykolwiek ze składników leku.

Były doniesienia o występowaniu objawów ubocznych ze strony układu oddechowego i krążenia (w tym zgonów spowodowanych skurczem oskrzeli u chorych z dychawicą oskrzeli oraz zgonów związanych z niewydolnością krążenia) u chorych leczonych Timololem.

OBJAWY UBOCZNE

Podrażnienia spojówek i brzołów powiek, obniżenie czucia rogówki i zapalenie rogówki, podwójne widzenie oraz opadanie powiek. W przypadku rozpoczęcia leczenia Oftensinem u chorych dotychczas stosujących pilocarpinę mogą wystąpić przejściowe zaburzenia refrakcji związane z odstawieniem pilocarpiny. Z objawami ogólnymi mogą wystąpić także: bradykardia, arytmia, hipotensja, omdlenia, blok serca, niedokrwienie mózgu, niewydolność krążenia prawokomorowa, uczucie kołatania, a nawet zatrzymanie akcji serca, skurcz oskrzeli (przeważnie u chorych z występującymi uprzednio stanami spastycznymi oskrzeli), niewydolność oddechowa, duszność, ból głowy, osłabienie, nudności, zawroty głowy, depresja, reakcje uczuleniowe pod postacią miejscowej i uogólnionej wysypki skórnej.

OPAKOWANIE

Roztwór 0,25% w opakowaniu po 5 ml i po 10 ml
Roztwór 0,5% w opakowaniu po 5 ml i po 10 ml

Szczegóły o leku w ulotce informacyjnej oraz u producenta

Prace kazuistyczne

Klinika Oczna 1998, 100 (6): 403-405
ISSN 0023-2157 Indeks 362 646

Przypadek chorioretinopatii typu *birdshot*

A case of birdshot chorioretinopathy

Przemysław Bednarski, Joanna Sempłowska-Szewczyk

Abstract: A case of a 39-years-old man with progressive deterioration of visual acuity, which occurred during the birdshot chorioretinopathy, is presented. The major findings in this rare disorder concern the ocular fundus. The most marked are the patterned distribution of depigmented spots without hyperpigmentation, radiation from the optic disc in association with vitritis, retinal vasculopathy with frequent cystoid macular edema, and involvement of the optic nerve head. HLA testing showed very strong disease association with HLA-A 29 (95.8%).

Słowa kluczowe: chorioretinopatia typu *birdshot*, ogniska depigmentacji

Key words: birdshot chorioretinopathy, depigmented spots

Chorioretinopatia typu *birdshot* jest rzadką jednostką chorobową, opisaną po raz pierwszy w 1980 r. Nazwa pochodzi od układu ognisk na dnie oka, który przypomina rozprysk naboju używanego do polowania na ptaki (4, 7, 8).

Choroba ta najczęściej występuje u ludzi w średnim wieku (średnia wieku 52,5 roku), częściej u kobiet. Etiologia choroby nie jest znana. U 95,8% chorych stwierdza się obecność antygenu HLA-A 29, co wskazuje, że schorzenie może mieć podłoże genetyczne (1, 2, 4, 6). Niektórzy autorzy sugerują, że może istnieć związek między zachorowaniem na chorioretinopatię typu *birdshot* a zakażeniem *Coxiella burnetii* czy *Borrelia burgdorferi* (3, 9). Wygląd zmian zależy od stadium choroby. Zmiany ostre to obustronne, płaskie, kremowozłote ogniska, układające się promieniście, w obszarze od tarczy nerwu wzrokowego do równika. Ich granice są niewyraźne. Często stwierdza się odczyn zapalny w ciele szklistym, waskulopatię siatkówkową, objawiającą się w postaci torbielowatego obrzęku plamki i prze-

ciaków okołonaczyniowych oraz obrzęku tarczy nerwu wzrokowego. Po kilku miesiącach pojedyncze ogniska przekształcają się w zanikowe, białe, wyraźnie odgraniczone zmiany (2, 4, 5, 7, 8). W przypadkach przewlekłych zmiany mogą się zlewać i rozprzestrzeniać w kierunku plamki. Ostrość wzroku waha się w zależności od stopnia zaawansowania zmian. Według Prosta i Priem (8) w 73% przypadków jest lepsza niż 0,4, a tylko w 8% słabsza niż 0,1. Utrata widzenia jest wynikiem makulopatii, neowaskularyzacji podsiatkówkowej i rozplamienia naczyń w kierunku ciała szklistego, nawrotowych krwotoków do ciała szklistego, a także zaniku nerwu wzrokowego (2, 4, 7, 8).

Opis przypadku

Chory S.T., lat 39, został przyjęty na oddział okulistyki Szpitala Rejonowego im. Jana Pawła II w Belchatowie z powodu postępującego od 4 lat pogorszenia ostrości wzroku obojga oczu. Pacjent nie podawał żadnych przebytych chorób ani urazów obu gałek ocznych. Do momentu rozpoczęcia hospitalizacji nie przyjmował żadnych leków. W dniu przyjęcia stwierdzono ostrość wzroku do dali: OP=5/12 knp, OL=5/50 knp, do bliży: OP=1,0/30, OL=1,5/30. Ciśnienie wewnętrzne wyniosło: OP=14,6 mm Hg, OL=15,9 mm Hg. Wynik badania przedmiotowego: aparat ochronny i odcinek przedni obojga oczu bez zmian patologicznych.

Z Oddziału Okulistycznego Szpitala Rejonowego im. Jana Pawła II w Belchatowie

Ordynator: dr med. Joanna Sempłowska-Szewczyk

Adres do korespondencji (Reprint requests to):
Lek. med. Przemysław Bednarski
ul. Mielczarskiego 19
97-400 Belchatów

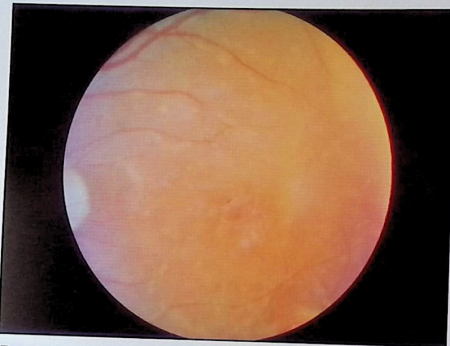
Zakłady Farmaceutyczne **POLPHARMA S.A.**
ul. Pelplińska 19, 83-200 Starogard Gdański, tel.: (0 69) 162 34 01, fax: (0 69) 162 23 53
e-mail: biurof@polpharma.com.pl, http://www.polpharma.com.pl



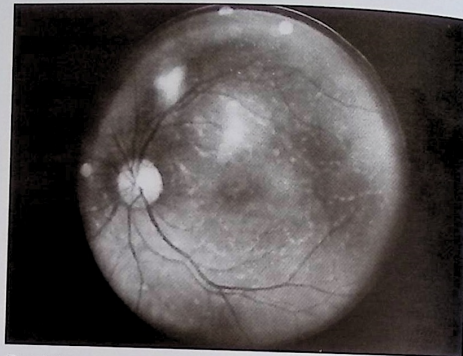
Ryc. 1. Dno oka prawego
Fig. 1. Right eye fundus



Ryc. 2. Dno oka prawego
Fig. 2. Right eye fundus



Ryc. 3. Dno oka lewego
Fig. 3. Left eye fundus

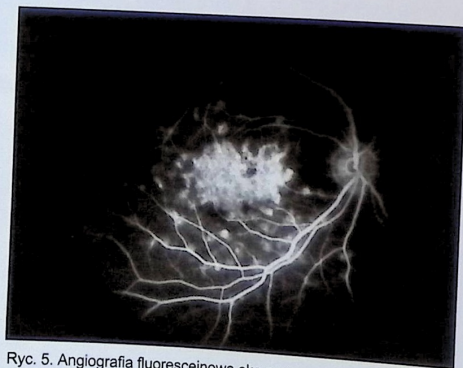


Ryc. 4. Dno oka lewego
Fig. 4. Left eye fundus

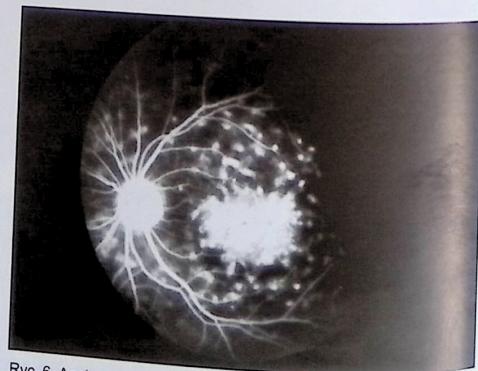
gicznych. Dno obojga oczu: tarcza nerwu II badioróżowa, okrągła, płaska, o wyraźnych granicach. Naczynia tętnicze zwężone. W siatkówce, głównie w okolicy centralnej, stwierdzono liczne, rozlane, kremowozółte, nieregularne ogniska, w plamce żółtej odbarwienia i przegrupowania barwnika oraz niewielkiego stopnia obrzęk (ryc. 1-4).

Na podstawie badania pola widzenia obojga oczu wykonanego perymetrem kulistym Goldmanna nie stwier-

dzono zmian charakterystycznych dla chorioretinopatii typu *birdshot*, takich jak: koncentryczne zwężenie pola widzenia, mroczki centralne i paracentralne oraz poszerzenie plamy ślepej. Na podstawie badania internistycznego oraz badań laboratoryjnych nie stwierdzono nieprawidłowości. Wykonano angiografię fluoresceinową, która wykazała przecieki w okolicy centralnej siatkówki obojga oczu odpowiadające zmianom stwierdzonym wziernikowo (ryc. 5, 6).



Ryc. 5. Angiografia fluoresceinowa oka prawego
Fig. 5. Angiofluorography of the right eye



Ryc. 6. Angiografia fluoresceinowa oka lewego
Fig. 6. Angiofluorography of the left eye

Jako leczenie zastosowano steroidoterapię. Po zakończeniu kuracji nie uzyskano poprawy ostrości wzroku.

Omówienie

Przypadek chorioretinopatii typu *birdshot* przedstawiamy ze względu na rzadkość jej występowania. Głównym objawem występującym na dnie są białozółte, rozlane ogniska (2, 4, 7, 8). Uważa się, że mogą one powstać w wyniku zmian zapalnych naczyńki lub nabłonka barwnikowego siatkówki czy też w efekcie odbarwienia melanocytów naczyńki. W diagnostyce różnicowej należy uwzględnić schorzenia dające podobny obraz dna oka jak w chorioretinopatii typu *birdshot* (4, 8), takie jak: *pars planitis*, *fundus flavimaculatus*, sarkoidoza, zmiany w przebiegu białaczki oraz mięsaka siateczkowokomórkowego, w chorobie Behceta, w zapaleniu współczulnym, ostrej tylnej plackowatej epiteliozacji barwnikowej, w zespole Vogta-Koyanagi-Harady oraz w krótkowzroczności wysokiej.

Zastosowane przez nas leczenie steroidami nie przyniosło poprawy anatomicznej i czynnościowej. Potwierdza to obserwacje innych autorów (2, 4, 7, 8), dotyczące braku skuteczności leczenia chorioretinopatii typu *birdshot*.

Piśmiennictwo

1. DeWaal L.P., Lardy N.M., van der Horst A.R., Baarsma G.S., Kijlstra A., Noens L., Priem H.A.: *HLA-A 29 subtypes and birdshot chorioretinopathy*. Immunogenetics, 1992, 35, 51-53.
2. Kański J.J.: *Okulistyka kliniczna*. Urban & Partner, Wrocław, 1997, 194-195.
3. Kuhne F., Morlat P., Riss I., Dominquez M., Hostyn P., Carniel N., Paix M.A., Aubertin J., Raoult D., Le Rebeller M.J.: *Is A29, B12 vasculitis caused by the Q fever agent? (Coxiella burnetii)*. J. Fr. Ophtalmol., 1992, 15, 315-321.
4. Malrieu C., Arnaud B., Dupeyron G.: *Chorioretinopathy of the Birdshot type. Apropos of a case*. Bull. Soc. Ophtalmol. Fr., 1989, 89, 847-851.
5. Priem H.: *Vascular manifestations in birdshot chorioretinopathy*. Bull. Soc. Belge Ophtalmol., 1989, 230, 41-48.
6. Priem H.A., Kijlstra A., Noens L., Baarsma G.S., DeLaey J.J., Oosterhuis J.A.: *HLA typing in birdshot chorioretinopathy*. Am. J. Ophthalmol., 1988, 105, 182-185.
7. Priem H.A., Oosterhuis J.A.: *Birdshot chorioretinopathy: clinical characteristics and evolution*. Br. J. Ophthalmol., 1988, 72, 649-659.
8. Prost M., Priem H.: *Chorioretinopatia typu birdshot*. Klin. Oczna, 1993, 95, 172-175.
9. Suttrop-Schulten M.S., Luyendijk L., van Dam A.P., De-Keizer R.J., Baarsma G.S., Bos P.J., Rothova A.: *Birdshot chorioretinopathy and Lyme borreliosis*. Am. J. Ophthalmol., 1993, 115, 149-153.

Praca wpłynęła do Redakcji 29 maja 1998 r. (679)

Komunikat

Szanowni Państwo, Koleżanki i Koledzy

Mamy zaszczyt zaprosić do uczestnictwa w **VI Forum Okulistyki Dziecięcej**, które odbędzie się w **Białymstoku w dniach 20-22 maja 1999 r.**

Temat główny – schorzenia siatkówki i nerwu wzrokowego u dzieci i młodzieży oraz tematy wolne z zakresu okulistyki dziecięcej.

Koszt uczestnictwa – 130 zł,
dla członków Sekcji Okulistyki Dziecięcej – 120 zł.

Adres Komitetu Organizacyjnego:

Katedra Okulistyki
Klinika Okulistyki Dziecięcej
Dziecięcy Szpital Kliniczny
ul. J. Waszyngtona 17
15-274 Białystok
tel. (085) 74 50 858

