

(70)

Kostniak naczyńiówki z wylewem podsiatkówkowym bez neowaskularyzacji naczyńiówkowej

The choroidal osteoma with subretinal haemorrhage without choroidal neovascularisation

Maciej Gawęcki¹, Janusz Adamski¹, Adam Trapkowski²

¹Z Oddziału Okulistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Elblągu

Kierownik: lek. med. Janusz Adamski

²Z Kliniki Chorób Oczu Akademii Medycznej w Gdańsku

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Krystyna Raczyńska

Summary:

We present the case of choroidal osteoma with subretinal haemorrhage not associated with choroidal neovascularisation. 22 years old man presented with sudden onset of metamorphopsia in the right eye. Ophthalmoscopic examination showed massive subretinal haemorrhage in the superior nasal quadrant of the retina. Patient underwent full diagnosis due to suspicion of melanoma malignum choroideae: fluorescein and indocyanine angiography, ultrasonographic examination, computed tomography. On these basis diagnosis of choroidal osteoma without CNV was made. Subjective symptoms regressed after resolution of haemorrhage. There is a possibility of subretinal haemorrhage without CNV in the course of choroidal osteoma.

Słowa kluczowe:

kostniak błony naczyńiówkowej, naczyńiówkowa neowaskularyzacja, krwotok podsiatkówkowy.

Key words:

choroidal osteoma, choroidal neovascularisation, subretinal haemorrhage.

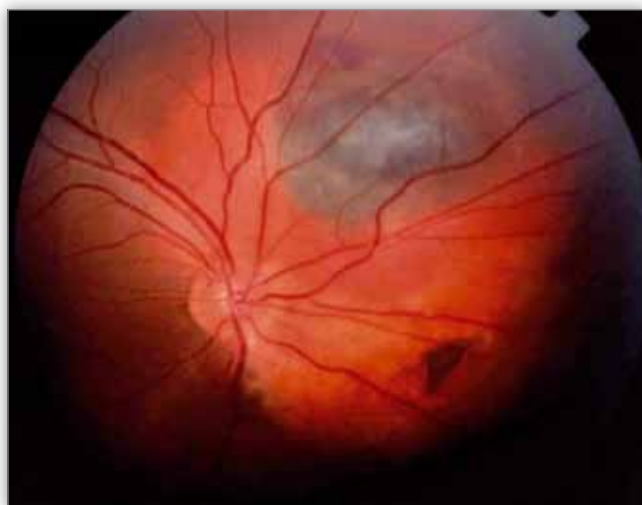
Kostniak naczyńiówki jest rzadkim łagodnym guzem występującym najczęściej jednostronnie (75% przypadków) u młodych kobiet (1,2). Objawy subiektywne zgłaszane przez pacjenta zależą od lokalizacji guza. Jego umiejscowienie w pobliżu obszaru plamkowego daje pogorszenie ostrości wzroku oraz metamorfopsje. Częściej jednak guz lokalizuje się poza plamką, głównie w rejonie okołotarczowym, i wówczas jest wykrywany przypadkowo (1,2). Trudności diagnostyczne związane z rozpoznaniem guza wynikają najczęściej z rzadkości jego występowania. Oftalmoskopowo kostniak ma postać nieregularnej, dość dużej (średnica kilku DD) kremowobiałej zmiany, niekiedy nakrapianej pomarańczowym barwnikiem. Czasami towarzyszy mu surowicze odwarstwienie położonej nad nim siatkówki lub neowaskularyzacja podsiatkówkowa (CNV) (1,3,4). Wylewy podsiatkówkowe, które wówczas występują, mogą sprawiać wrażenie zmiany barwnikowej, czyli np. *melanoma malignum*. Wykonanie badań obrazowych znacznie ułatwia rozpoznanie. W USG zmiana jest silnie hyperechogeniczna, o echogeniczności zbliżonej do tkanki kostnej. Podobny obraz otrzymujemy w tomografii komputerowej. W angiografii fluoresceinowej obszar kostniaka wykazuje hyperfluorescencje typu „staining” (gromadzenie barwnika w tkankach). W przypadku obecności neowaskularyzacji podsiatkówkowej mamy do czynienia z przeciekiem, niekiedy uwidocznieniem klasycznej błony CNV. W angiografii indocyaninowej w fazie wczesnej obserwujemy hypofluorescencję w obszarze kostniaka. W fazie późnej guz wykazuje dość słabą hyperfluorescencję o raczej nieregularnym charakterze. W przy-

padku obecności CNV obserwujemy ogniska hyperfluorescencji odpowiadające przeciekowi z patologicznych naczyń (5).

Generalnie rozpoznany kostniak naczyńiówki powinien być regularnie obserwowany. W przypadkach z neowaskularyzacją podsiatkówkową w obrębie samego guza należy rozważyć laseroterapię. W przypadku lokalizacji pozaplamkowej można stosować fotokoagulację laserową (laser argonowy lub diodowy) (1,4). W przypadku mniej sprzyjającej (plamkowej) lokalizacji CNV stosowano również terapię fotodynamiczną (PDT) (6). Autorzy informują o pojedynczych wypadkach częściowej lub całkowitej dekalcyfikacji kostniaka poddanego zabiegowi fotokoagulacji laserowej w przebiegu przecieku z błony neowaskularyzacyjnej (7,8).

Omówienie

Prezentujemy przypadek 22 letniego mężczyzny, który zgłosił się do Poradni Okulistycznej Szpitala Wojewódzkiego w Elblągu z powodu metamorfopsji w OP. Objawy wystąpiły nagle, po przebudzeniu się. W badaniu stwierdzono pełną ostrość wzroku obojga oczu, prawidłowe ciśnienie śródgałkowe. W badaniu oftalmoskopowym uwagę badającego skoncentrowała duża zmiana barwnikowa (średnica ok. 4 DD) zlokalizowana w kwadrancie górnym nosowym, otoczona niewielkimi wylewami śródsiatkówkowymi. W plamce obserwowano dyskretne pomarszczenie siatkówki od góry i nosa, mogące tłumaczyć dolegliwości subiektywne. Pacjent w trybie pilnym z podejrzeniem *melanoma malignum choroideae* został skierowany na angiografię fluoresceinową.



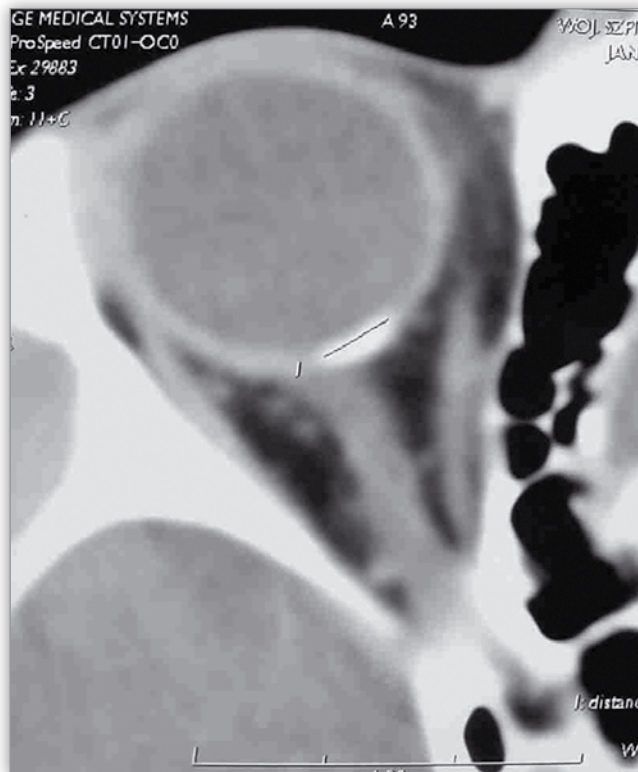
Ryc. 1a. Angiografia fluoresceinowa: kolorowe zdjęcie dna oka.
Fig. 1a. Fluorescein angiography: Color photograph of the fundus.



Ryc. 2. Badanie ultrasonograficzne gałki ocznej w prezentacji B.
Fig. 2. Ultrasound examination of the eyeball in presentation B.



Ryc. 1b. Angiografia fluoresceinowa: angiografia fluoresceinowa, faza wczesna.
Fig. 1b. Fluorescein angiography: Fluorescein angiography, early phase.



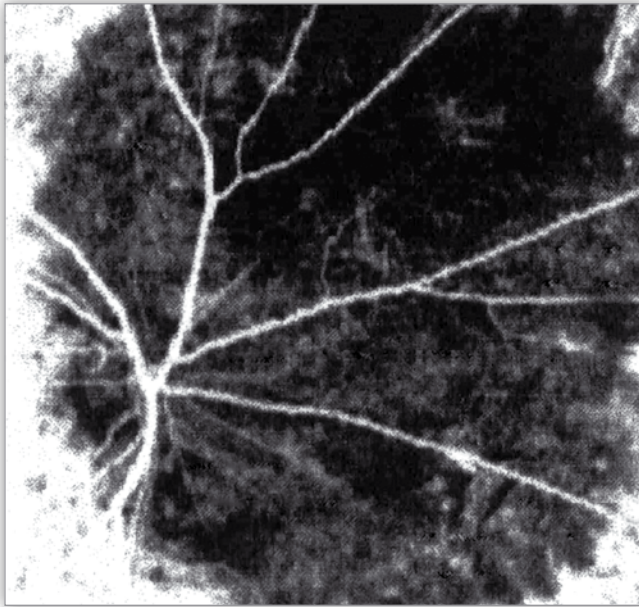
Ryc. 3. Tomografia komputerowa oczodołu.
Fig. 3. Computed tomography of the orbit.



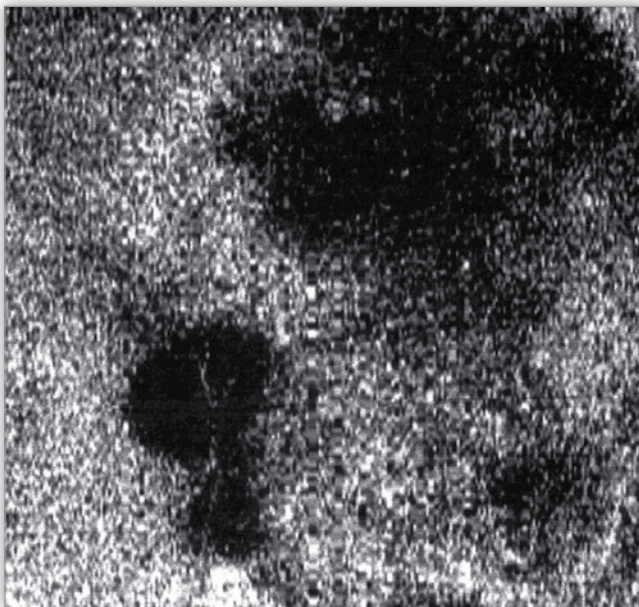
Ryc. 1c. Angiografia fluoresceinowa: angiografia fluoresceinowa, faza późna.
Fig. 1c. Fluorescein angiography: Fluorescein angiography, late phase.

W angiografii zmiana barwnikowa wykazywała hypofluorescencję mogącą odpowiadać wylewowi podsiatkówkowemu, obszar otaczający wylew był zaś obserwowany jako hyperfluorescencyjny, o charakterze „staining” (ryc. 1).

Na Oddziale Okulistycznym Szpitala Wojewódzkiego w Elblągu wykonano badania dodatkowe: USG (ryc. 2) oraz tomografię komputerową (ryc. 3), które wykazały obecność guza o gęstości/ echogeniczności porównywalnej z tkanką kostną, co przesądziło o rozpoznaniu. Pacjenta skierowano do Kliniki Chorób Oczu w Gdańsku na angiografię indocyjaninową, podejrzewając obecność CNV. Badanie to wykluczyło patologiczną waskularyzację (ryc. 4).



Ryc. 4a. Angiografia indocyjaninowa: ICG faza wczesna.
Fig. 4a. Indocyanine green angiography: ICG early phase.

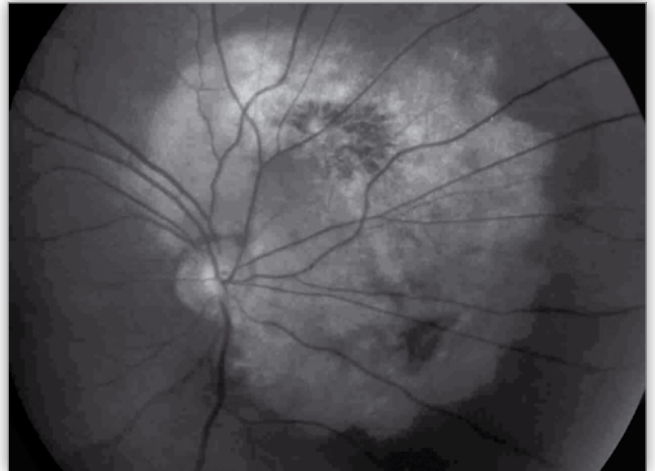


Ryc. 4b. Angiografia indocyjaninowa: ICG faza późna.
Fig. 4b. Indocyanine green angiography: ICG late phase.

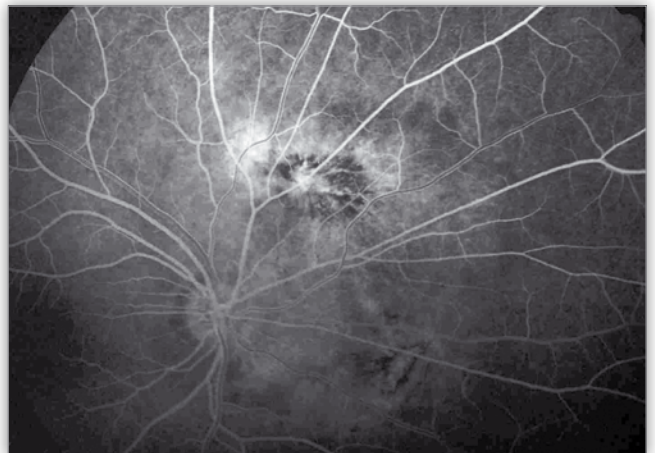
Pacjent pozostawał dalej pod kontrolą oddziału okulistycznego. W ciągu kolejnych 4 tygodni obserwowano samoistne wchłonięcie się masywnego krwotoku podsiatkówkowego oraz ustąpienie metamorfopsji.

Wykonana kontrolna angiografia fluoresceinowa nie wykazała obecności CNV i pozwoliła uwidocznnić obraz całego guza (ryc. 5).

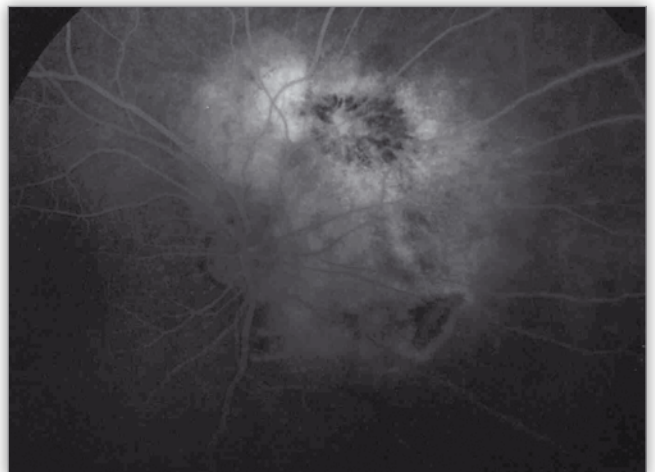
Pacjent pozostaje nadal pod kontrolą Oddziału Okulistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Elblągu. W trakcie obserwacji był również konsultowany w Klinice Okulistycznej w Krakowie, gdzie potwierdzono rozpoznanie.



Ryc. 5a. Angiografia fluoresceinowa, badanie kontrolne: kolorowe zdjęcie dna oka.
Fig. 5a. Fluorescein angiography of the follow up: Color photograph of the fundus.



Ryc. 5b. Angiografia fluoresceinowa, badanie kontrolne: angiografia fluoresceinowa, faza wczesna.
Fig. 5b. Fluorescein angiography of the follow up: Fluorescein angiography, early phase.



Ryc. 5c. Angiografia fluoresceinowa, badanie kontrolne: angiografia fluoresceinowa, faza późna.
Fig. 5c. Fluorescein angiography of the follow up: Fluorescein angiography, late phase.

Dyskusja i wnioski

Kostniak naczyniówki został już opisany w polskim piśmiennictwie (9,10). Autorzy prezentują przypadki kostniaka, którym towarzyszy neowaskularyzacja podsiatkówkowa. W przedstawionym przez nas przypadku zwracają uwagę następujące fakty: guz rozpoznano u młodego mężczyzny, co z pewnością jest dużą rzadkością ze względu na płeć pacjenta. Ponadto w naszym doniesieniu w obrębie kostniaka opisujemy stwierdzoną obecność masywnego spontanicznego wylewu podsiatkówkowego niezwiązanego z neowaskularyzacją podsiatkówkową. Według wiedzy autorów jest to piąty tego typu przypadek opisany w światowym piśmiennictwie (1,11). W ostatnim tego typu doniesieniu (11) prezentowany jest przypadek 18-letniego mężczyzny, u którego stwierdzono masywny krwotok podsiatkówkowy w obszarze płamkowym (krwotok wystąpił po uczestnictwie w zawodach pływackich). Badanie okulistyczne wykazało obecność kostniaka naczyniówki bez neowaskularyzacji podsiatkówkowej. Po wchłonięciu się wylewu pacjent odzyskał pełną ostrość wzroku.

Zwracają uwagę podobieństwa tych dwóch przypadków. Dotyczą one płci badanych (młodzi mężczyźni), faktu rozpoznania kostniaka naczyniówki przy okazji powstania wylewu podsiatkówkowego, faktu ustąpienia objawów po samoistnym wchłonięciu się wylewów.

Można domniemywać, że w przypadku obecności kostniaka naczyniówki może dochodzić do samoistnych krwotoków podsiatkówkowych wywoływanych np. przez gwałtowny wzrost ciśnienia tętniczego w przebiegu intensywnego wysiłku fizycznego. Skłonność ta może wynikać z obecności kruchych, patologicznych naczyń w obrębie guza oraz stwierdzonej przez badaczy ich dużej zmienności w procesie reorganizacji kostnej guza w czasie (12). Stwierdzenie krwotoku w obrębie kostniaka naczyniówki nie jest więc jednoznaczne z rozpoznaniem neowaskularyzacji podsiatkówkowej w przebiegu tego guza.

PIŚMIENNICTWO:

1. Browning DJ: *Choroidal osteoma: observations from a community setting*. Ophthalmology 2003, 110, 1327-1334.
2. Kardmas EF, Weiter JJ: *Choroidal osteoma*. Int Ophthalmol Clin 1997, 37, 171-182.
3. Gonzales-Guijarro J, Acebes Garcia M, Perez Casas A: *Choroidal osteoma and choroidal neovascularisation*. Arch Soc Esp Oftalmol 2003, 78, 571-574.
4. Aylward GW, Chang TS, Pautler SE, Gass JD: *A long term follow-up of choroidal osteoma*. Arch Ophthalmol 1998, 116, 1337-1341.
5. Yuzawa M, Kawamura A, Haruyama M, Matsui M: *Indocyanine green video-angiographic findings in choroidal osteoma*. Eur J Ophthalmol 1994, 4, 191-198.
6. Battaglia Parodi M, Da Pozzo S, Toto L, Saviano S, Ravalico G: *Photodynamic therapy for choroidal neovascularization associated with choroidal osteoma*. Retina 2001, 21, 660-661.
7. Trimble SN, Schatz H: *Decalcification of choroidal osteoma*. Br J Ophthalmol 1991, 75, 61-63.
8. Guerlik G, Lonneville Y, Safak N, Ozdek SC, Hasanreisoglu B: *A case of choroidal osteoma with subsequent laser induced decalcification*. Int Ophthalmol 2001, 24, 41-43.
9. Popiela G, Słowik M, Nizankowska MH: *Kostniak naczyniówki – diagnostyka i leczenie*. Klin Oczna 2002, 104, 271-275.
10. Terelak-Borys B, Czechońska G: *Kostniak naczyniówki*. Klin Oczna 1998, 100, 45-49.
11. Jumaat BH, Dahalan A, Mohamad M: *Bone in the eye*. Am J Ophthalmol 2003, 135, 254-256.
12. Giuffre G: *Vascular modifications within a choroidal osteoma*. Doc Ophthalmol 1993, 83, 349-356.

Praca wpłynęła do Redakcji 20.04.2006 r. (880)
Zakwalifikowano do druku 05.07.2007 r.

Adres do korespondencji (reprint requests to):
dr n. med. Maciej Gawęcki
ul. Szymanowskiego 49/1
80-280 Gdańsk