

Tabela I
Badanie PL u 294 dzieci

Rozpoznanie	Liczba chorych	Badanie z pozytywnym wynikiem	%
Porażenie mózgowe dziecięce	16	14	87,5
Zespół Downa	5	5	100,0
Wcześnieństwo	69	52	75,3
Zez	120	92	76,6
Oczopląs	40	29	72,5
Zaćma wrodzona	9	7	77,8
Opóźnienie psychomotoryczne i/lub umysłowe (nie potwierdzone badaniem neurologicznym)	24	23	95,8
Inne zaburzenia oczne (różne)	11	8	72,7
Razem	294	230	

W 80 przypadkach badanie PL powtarzane kilkakrotnie pozwoliło na ustalenie poprawy ostrości wzroku w trakcie leczenia metodą obturacji.

Omówienie i wnioski

Przy użyciu testów PL możliwe jest określenie ostrości wzroku od bardzo wczesnego wieku. Badanie przy użyciu kart ostrości wzroku Tellera jest prostą i dość szybką metodą oceny widzenia u większości dzieci, także opóźnionych w rozwoju^{3,5,6}.

Normy widzenia dla danego wieku są dużą pomocą jako wartości kontrolne u małych dzieci. W naszej grupie dzieci 78,2% współpracowało przy badaniu na tyle dobrze, że możliwa była dokładna ocena ostrości wzroku każdego oka oddzielnie.

U 20% dzieci wynik badania nie był w pełni zadowolający, gdyż udało się przeprowadzić badanie tylko obuocześnie. Średnia wieku w tej grupie wynosiła 22 miesiące. Najczęstszą przyczyną niepowodzenia badania w tej grupie był protest przy zasłanianiu jednego oka.

Nasze obserwacje są zgodne ze spostrzeżeniami innych autorów, że na duże trudności napotyka się przy stosowaniu tej metody u dzieci w wieku 1,5 do 2 lat⁹. Wiąże się to z podawanym przez psychologów

stanem negatywnego nastawienia do osób obcych i nieznanego otoczenia obserwowanym u dzieci w tym okresie życia.

Należy zauważyć, że w metodzie PL ocenia się zdolność widzenia pasków, a nie zdolność rozpoznawczą. Niekiedy, np. w niedowidzeniu zezowym i przy wysokiej wadzie wzroku, mogą występować duże rozbieżności pomiędzy wynikami badania ostrości wzroku testami tradycyjnymi i PL^{4,7,8,9}.

Przy leczeniu niedowidzenia metodą PL można ilościowo określić poprawę widzenia, co jest ważne, gdy chodzi o motywację rodziców do kontynuowania zaślania.

U dzieci operowanych we wczesnym okresie życia z powodu zaćmy metoda PL może być użyteczna, gdyż umożliwia ocenę poprawy ostrości widzenia. W przypadku częściowych zaćm u najmłodszych dzieci metoda PL może pozwolić na określenie ostrości wzroku, co ułatwia decyzję, czy zabieg usunięcia zaćmy jest wskazany czy nie.

Mimo pewnych ograniczeń badanie metodą PL może być przydatne do oceny ostrości wzroku u najmłodszych dzieci i u dzieci starszych, z którymi z różnych powodów kontakt jest utrudniony.

Piśmiennictwo

1. Dobson V.: Behavioral tests of visual acuity in infants. Int. Ophthalmol. Clin. 20: 233-250 (1980).
2. Fantz R. L.: Pattern vision in young infants. The Psychological Record 8: 43-47 (1958).
3. Hertz B. G., Rosenberg J., Sjō O., Warburg M.: Acuity Card Testing of patients with cerebral visual impairment. Developmental Medicine and Child Neurology 30: 632-637 (1988).
4. Hyvärinen L., Raninen A., Koskela P.: Comparison between grating acuity and optotype acuity values. Trans. of 6th Inter. Orth. Congress, Harrogate 1987, 78-87 (Ed. Lenk-Schaefer, 1987).
5. Jenkins P. L., Simon J. W., Kandel G. L., Forster T.: A simple grating visual acuity test for impaired children. Am. J. Ophthal. 99: 632-638 (1985).
6. Katz B., Sireteanu R.: The Teller acuity card test: a useful method for the clinical routine? Clin. Vision. Sci. 5: 307-323 (1990).
7. Mayer D. L., Fulton A. B.: Preferential looking grating acuities of infants at risk of amblyopia. Trans. Ophthalmol. Soc. U. K. 104: 903-911 (1985).
8. Rydberg A., Kirchofer M.: Visual acuity in amblyopia: a comparison between „Preferential looking” and conventional tests. Trans. of 6th Inter. Orth. Congress, Harrogate 1987, 81-88 (Ed. Lenk-Schaefer, 1987).
9. Rydberg A.: Clinical experience with preferential looking techniques. Trans. of 18 Meet. ESA, Kraków 1989, 127-131 (Ed. Kaufmann, Giessen 1989).
10. Teller D. I.: The forced-choice preferential looking procedure. A psycho-physical technique for use with human infants. Infant. Behav. Dev. 2: 135-153 (1979).

Praca wpłynęła: 21.04.1993.

Zofia Krzystolik, Irena Fiedorowicz-Fabrycy i Danuta Karczewicz

Objawy oczne w ziarniniaku Wegenera — obserwacje własne

Ocular symptoms in Wegener's granulomatosis

Summary. The authors present 10 patients treated for Wegener's granulomatosis. In 5 of of them (50%) the ocular changes were observed: in 3 — infiltration of the orbit, including one case with infiltration of lacrimal ducts, and in 2 — the recurrent bacterial conjunctivitis. On the account of the rareness of the disease and its various symptoms, the diagnosis, in some cases, was made fairly late. It was emphasized that the ocular lesions may be the first symptoms of Wegener's granulomatosis. The bacterial conjunctivitis, keratitis, scleritis, and orbital pseudotumor in patients with chronic respiratory tract and nasal sinuses changes should arouse suspicion of Wegener's granulomatosis and are an indication for detailed tests.

Hasła: ziarniniak Wegenera, guz rzekomy oczodołu, objawy oczne, rozpoznawanie, leczenie
Key words: Wegener's granulomatosis, orbital pseudotumor, ocular signs, diagnosis, treatment

Ziarniniak *Wegenera* (zW) jest wieloukładowym schorzeniem zaliczanym do martwiczych zapaleń naczyń¹⁻¹⁰. Etiologia jest niejasna — prawdopodobnie autoimmunologiczna. Choroba rozpoczyna się zwykle w czwartej i piątej dekadzie życia, rzadko poniżej 16 roku życia. Przebieg kliniczny zależny jest od zajętych narządów. Do stałych niemal objawów należy zajęcie zatok obocznych nosa (90%) przebiegających pod postacią sinusitis granulomatosa necroticans. Ziarniniaki martwicze prowadzą do zniszczenia struktury chrzęstnej nosa i powstania nosa siodełkowatego. Wrzodziejące zmiany szerzą się na oczodoł, kości jarzmowe, prowadząc do zniekształcenia twarzy. Zmiany zapalne z ogniskową martwicą w małych naczyniach żylnych i tętniczych uogólniają się tworząc nacieki głównie w płucach i nerkach. Ziarniniaki mogą powstawać w sercu, układzie nerwowym, w skórze. Wymienionym objawom towarzyszy złe samopoczucie, podwyższona temperatura, brak apetytu, spadek wagi ciała, bóle stawów i mię-

śni. W badaniach pomocniczych obserwuje się: podwyższone OB, anemię, wzrost poziomu immunoglobulin bez cech charakterystycznych, czasem leukocytozę. Często stwierdza się obecność czynnika reumatoidalnego. Prawie we wszystkich przypadkach można wykryć przeciwciała ANCA (antineutrophil cytoplasmic antibody)². Ziarniniak *Wegenera* nieleczonej szybko prowadzi do zejścia śmiertelnego^{3,4,5,6}. W około 28-58% przypadków zW obserwuje się zmiany oczne^{2,3,5,7}.

W niniejszej pracy przedstawiono 10 chorych z zW leczonych od 1983 r. w Klinice Hematologii, a następnie w Klinicznym Oddziale Reumatologii, w tym 5 z różnymi objawami ocznymi.

Materiał i metodyka

U wszystkich chorych przeprowadzono badania internistyczno-hematologiczne oraz okulistyczne, uzupełnione badaniami pomocniczymi. Lokalizację zmian narządowych, odchylenia w badaniach pomocniczych, leczenie i czas obserwacji przedstawiono w tabeli I.

Dla zilustrowania trudności diagnostycznych zW przedstawiamy wybrane przypadki:

Przypadek 1

Chora P.F. l. 45 w 1984 r. operowana była w Klinice Laryngologicznej z powodu podejrzenia nowotworu zajmującego zatoki szczękową, klinową i sitową, penetrującego do oczodołu. Histopatologicznie rozpoznano neurofibroma. W parę miesięcy póź-

Z II Kliniki Okulistyki PAM w Szczecinie

Kierownik: prof. dr hab. Olgierd Palacz

Z Klinicznego Oddziału Reumatologii Instytutu Chorób Wewnętrznych PAM w Szczecinie

Kierownik: prof. dr hab. Irena Fiedorowicz-Fabrycy

Z I Kliniki Okulistyki PAM w Szczecinie

Kierownik: prof. dr hab. Teresa Baranowska-George

Reprint requests to:

Doc. dr hab. Zofia Krzystolik

ul. Staromłyńska 3 m. 2, 70-561 Szczecin

Tabela I

Wiek Płeć	Lokalizacja zmian	Odchylenia w badaniach pomocniczych				Czas od wystąpienia objawów do rozpoznania	Sposób leczenia	Czas leczenia immunosupresyjnego	Czas obserwacji w latach — remisje	
		OB	niedo-krwi- stosć	immuno- globu- liny	mocz					bio- psja nerek
45 K	oczodoł zatoki oboczne nosa (o.n.)	↑	+	Ig G ↑ Ig M ↑	+	—	3 lata	metyprednisolon enkorton cyklofosfamid leukeran metoteksat	1 rok	8 lat od 7 lat remisja
27 M	oczodoł, woreczki żłowe, nos, zatoki o.n., płuca, nerki	↑	+	Ig G ↑ Ig A ↑ Ig M ↑	+	zW	8 lat	metyprednisolon enkorton cyklofosfamid biseptol	3 lata	9 lat po 2 latach nawrót — leczenie 1 miesiąc, po roku nawrót
67 K	gruczoły żłowe, mięśnie zewn. oka, nerki, nagłośnia	↑	—	Ig G ↑ Ig A ↑	+	zW	3 lata	enkorton cyklofosfamid leukeran	6 lat	9 lat okresowe remisje
56 M	spojówki, nos, ucho środkowe, nerki, stawy	↑	+	Ig G ↑ Ig A ↑	+	—	1 rok	metyprednisolon enkorton cyklofosfamid	2 lata	9 lat remisja od 7 lat
36 M	spojówki, zatoki o.n., nerki, płuca	↑	+	Ig M ↑	+	zW	1 mies.	enkorton cyklofosfamid biseptol	2 lata	5 lat od 2 lat pełna remisja
30 K	nagłośnia	↑	—	b.z.	b.z.	b.z.	2 tyg.	metyprednisolon enkorton cyklofosfamid leukeran	0,5 roku	7 lat pełna remisja
37 M	migdałki, nerki, płuca, stawy, skóra	↑	+	Ig G ↑ Ig M ↑	+	zW	1 mies.	enkorton cyklofosfamid biseptol	3 lata	5 lat nie ma pełnek remisji
24 K	nos, nerki	↑	—	b.z.	+	zW	1,5 roku	metindol enkorton biseptol	2 lata	3,5 roku nie ma pełnej remisji
41 K	nos, zatoki o.n., nerki, skóra, wątroba, c.u.n., śledziona	↑	+	b.z.	+	zW	3 lata	enkorton metyprednisolon endoksan biseptol	1 rok	1 rok nie ma pełnej remisji
71 M	nos, zatoki o.n.	—	—	b.z.	b.z.	b.z.	4 mies.	enkorton biseptol cyklofosfamid leukeran	7 mies.	1 rok niepełna remisja

niej wskutek odrostu guza w oczodole wykonano wypatroszenie oczodołu. Histopatologicznie rozpoznano nieswoistą ziarninę zapalną. W rok później z powodu ponownego wzrostu mas w oczodole wykonano kolejny zabieg. Badaniem histopatologicznym i retrospektywną oceną poprzednich preparatów rozpoznano zW. Rozpoczęto leczenie sterydami i cytotatykami uzyskując poprawę; obecnie jest w okresie remisji, bez dolegliwości.

Przypadek 2

Chory P.Z. lat 36 leczony w 1975 r. z rozpoznaniem morbus rheumaticus sub forma poliartthritis acutae et diathesis haemorrhagicae. Z odchylen od normy stwierdzono: podwyższony OB — 25/56, dodatni (++++) odczyn lateksowy. Leczony enkortonem, penicyliną, kalcipiryną. W 2 lata później z powodu uporczywych katarów wykonano operację zatoki szczękowej m. Caldwell — Luca. Na podstawie obrazu klinicznego i badania histopatologicznego śluzówki zatoki szczękowej rozpoznano sinusitis granulomatosa. Kolejne 2 pobyty w Klinice Laryngologicznej w 1980 i w styczniu 1983 z rozpoznaniem: ozena i rhinitis atrophicans. W miesiąc później w Klinice Hematologii rozpoznano zW na podstawie typowych objawów laryngologicznych (całkowity zanik małżowin nosowych, brak przedniej części przegrody nosa, destrukcja kostna w prawym przewodzie nosowym, nos siodełkowaty; histopatologiczne badanie śluzówki nosa — zW). Okulistycznie stwierdzono: wytrzeszcz lewej gałki ocznej — różnica w osadzeniu oczu 6 mm, w worku spojówkowym duża ilość wydzieliny ropnej, w tomografii komputerowej — pozagalkowa masa patologiczna oraz bezpowietrzność błędników sitowych. Po leczeniu immunosupresyjnym uzyskano poprawę stanu ogólnego i okulistycznego. Ponownie hospitalizowany w 1990 r. — po 7 latach. Leczony jak wyżej. W 1991 r. przebywał w Klinice Ocznej z powodu obustronnego ropnego zapalenia woreczka żłowego i zmian naciekowych w lewym oczodole — różnica w osadzeniu gałek ocznych (R) wynosiła 5 mm. Leczony zachowawczo z poprawą. W lutym 1992 ponowna hospitalizacja z powodu szybko narastającego lewostronnego wytrzeszczu (R 11 mm) i ropnego zapalenia woreczków żłowych. Po leczeniu ogólnym i miejscowym uzyskano dużą poprawę (ryc. 1).



Ryc. 1. Chory z ziarninakiem Wegenera

Omówienie i dyskusja

W grupie 10 chorych leczonych z powodu zW zmiany oczne stwierdzono w 5 przypadkach (50%), co jest zgodne z doniesieniami innych autorów^{2,5,7}. U 3 chorych stwierdzono zmiany w oczodole: u 1 — cały oczodoł był wytapetowany ziarniną, w którą wtopiona była gałka oczna, u drugiego — zajęcie tkanek pozagalkowych i woreczków żłowych, u trzeciego — gruczołów żłowych i mięśni

zewnątrznych oczu. Zgodnie z naszymi obserwacjami inni autorzy^{5,7,9,10} również podają, że najczęstszymi powikłaniami ocznymi jest wytrzeszcz (22%); w drugiej kolejności obserwuje się zapalenie spojówek (16%) — co stwierdzono u 2 naszych chorych. Naciekanie oczodołu jest najczęściej wynikiem przejścia zmian z zatok obocznych nosa, szczególnie z błędnika sitowego, co również obserwowano u 2 naszych chorych. W jednym przypadku zmiany oczne — wytrzeszcz i ropne zapalenie spojówek były pierwszymi objawami zW. Nieprawidłowe rozpoznanie kliniczne i histopatologiczne były dramatyczne w skutkach dla tej chorej — wypatroszenie oczodołu z usunięciem widzącej gałki ocznej. W drugim przypadku wystąpiło rzadko opisywane powikłanie niedrożność kanałów nosowo-żłowych spowodowane naciekaniami śluzówki nosa, zatok i kanału nosowo-żłowego oraz zmianą warunków anatomicznych. Dzięki właściwemu rozpoznaniu i zastosowaniu odpowiedniego leczenia uzyskano wyraźną poprawę.

Zakażenia bakteryjne oczodołu mogą prowadzić do zmian zakrzepowych zatoki jamistej, zamknięcia tętnicy środkowej siatkówki. Nacieki ziarninowe i dodatkowa ropna infekcja oraz obrzęk tkanek oczodołu powodują szybkie narastanie wytrzeszczu czasami wymagające dekompresji oczodołu⁵. Ziarninaki zapalne mogą się tworzyć w naczyniach nerwu wzrokowego lub w samym nerwie wzrokowym — powodując pozagalkowe bóle szczególnie przy ruchach gałki ocznej; obraz tarczy nerwu wzrokowego i siatkówki jest prawidłowy⁵. Zajęcie tętnic rzęskowych tylnych daje wyraźne objawy niedokrwienia tarczy nerwu wzrokowego — błada, obrzękła tarcza z ubytkiem w polu widzenia i nieprawidłowymi odruchami źrenicznymi. Zapalenie tętnicy środkowej siatkówki prowadzi do niedotlenienia warstw wewnętrznych siatkówki i w konsekwencji do zaniku nerwu wzrokowego. Innym częstym objawem zW, aczkolwiek nie obserwowanym u naszych chorych są nawrotowe zapalenia twardówki często przebiegające z martwicą oraz zmianami w przylegającej spojówce. Zapalenie twardówki może być pierwszym objawem zW nie tylko u dorosłych ale i u dzieci^{7,8,10}. Zmiany martwicze twardówki mogą być jednoogniskowe i stopniowo dookoła rozszerzające się lub wielogniskowe — satelitarne. Zajmują różne kwadranty, częściej górne. Z zapaleniem twardówki może współistnieć zapalenie rogówki przebiegające pod postacią licznych nacieków w miększu pod błoną Bowmana, wrastających od rąbka do centrum. Tzw. rowkowe zapalenie rogówki "corneal guttering" umiejscawia się dośrodkowo w stosunku do nacieków twardówkowych. W cięższych przypadkach dochodzi do przebiccia w rąbku rogówki wymagającego leczenia operacyjnego. Krwawe wylewy podspojówkowe, zapalenie jagodówki spotyka się rzadziej².

ZW należy różnicować z guzkowym zapaleniem tętnic, chłoniakiem złośliwym, sarkoidozą, gruźlicą. Rozpoznanie ułatwia wykrycie we krwi czynnika reumatoidalnego oraz przeciwciał ANCA. W ostat-

nim okresie zidentyfikowano 2 przeciwciała ANCA: c-ANCA i p-ANCA². Pierwsze są patognomiczne dla zW, podczas gdy p-ANCA mogą występować w zapaleniach naczyń typu MPA (microvascular polyarteritis). Badaniem potwierdzającym rozpoznanie zW jest badanie histopatologiczne — w wypadku stwierdzenia nieswoistego ziarninującego zapalenia, badanie należy powtórzyć pobierając wycinki z różnych miejsc zapalnych. U wszystkich 10 naszych chorych rozpoznanie zW ustalono na podstawie badań histopatologicznych. Wykrywanie przeciwciał ANCA wykonujemy od niedawna — są istotne nie tylko do ustalenia rozpoznania, ale i monitorowania leczenia.

Z przedstawionych 10 chorych 9 leczonych było sterydami i cytostatykami głównie cyklofosfamidem różnie długo i z różnymi okresami remisji. Dwóch chorych prawdopodobnie jest wyleczonych — nie ma nawrotu choroby od 7 lat.

Zgodnie z innymi autorami^{2,3,5,7,8,10} pragniemy podkreślić, że zmiany oczne są niejednokrotnie wcześniejsze i częstsze objawami zW. Pozornie banalne dolegliwości ze strony narządu wzroku takie jak: ropne zapalenie spojówek, łzawienie, nawracające ropnie woreczka łzowego, tzw. guz rzekomy oczodołu u chorych, z przewlekłymi zmianami w górnych drogach oddechowych i w zatokach obocznych nosa

powinny budzić podejrzenie o zW i skłaniać do przeprowadzenia dokładnych badań w tym kierunku.

Piśmiennictwo

1. Adam O., Wiesinger H.: Spontanverlaufe der Wegenerschen Granulomatose. *Klin. Wochenschr.* 66: 181-186 (1988).
2. Charles S.J., Meyer P.A.R., Watson P.G.: Diagnosis and management of systemic Wegener's granulomatosis presenting with anterior ocular inflammatory disease. *Brit. J. Ophthalmol.* 75: 201-207 (1991).
3. Duncker G., Beigel A., Lehmann H.: Wegenersche Granulomatose: okuläre Manifestationem Diagnose und Therapie. *Klin. Mbl. Augenhk.* 181: 184-187 (1982).
4. Fauci A.S., Haynes B.F., Katz P.: The spectrum of vasculitis clinical pathological, immunologic and therapeutic considerations. *Ann. Intern. Med.* 89: 660- (1978).
5. Haynes B.F., Fishman M.L., Fauci A.S., Wolff S.M.: The Ocular Manifestations of Wegener's Granulomatosis. *Amer. J. Med.* 63: 131-141 (1977).
6. Kordecki H., Fiedorowicz-Fabrycy I.: Korzystny wynik leczenia zespołu Wegenera wysokimi dawkami cyklofosfamidu i metylprednisolonu. *Reumatologia* 23: 61-64 (1985).
7. Parelhoff E.S., Chavis R.M., Friendly D.S.: Wegener's granulomatosis presenting as orbital in children. *J. pediatr. Ophthalm. Strabismus.* 22: 100-104 (1985).
8. Sacks R.D., Stock E.L., Crawford S.E., Greenwald M.J., O'Grady R.B.: Scleritis and Wegener's Granulomatosis in Children. *Amer. J. Ophthalmol.* 111: 430-433 (1991).
9. Simmons J.T., Leavitt R., Kornblut A.D., Fauci A.S.: CT of the paranasal sinuses and orbits in patients with Wegener's granulomatosis. *Ear Nose Throat J.* 66: 134-140 (1987).
10. Shields J.A.: Diagnosis and Management of Orbital Tumors. W.B. Saunders Company (1989).

Praca wpłynęła 10.02.1993.

Jerzy Toczolowski i Ewa Wróblewska

Leczenie naczyńniaków krwionośnych oczodołu

The treatment of orbital hemangioma

Summary. Hemangiomas occur in 1%-2,6% of newborn infants and, after 7 years, they disappear in 70% of them. Indications for the treatment are the deterioration of visual function and great cosmetic defects. Both surgical and radiological therapy are likely to cause numerous complications. The reports concerning the beneficial effect of corticosteroids, injected directly into hemangiomas, have recently been presented. In two of our patients, aged 32 and 43, the injection of steroids resulted in the disappearance of hemangioma during 2-4 weeks.

Hasła: naczyńniak krwionośny, wstrzyknięcia kortykosterydów do naczyńniaka
Key words: hemangioma, intralesional corticosteroid injections

Naczyńniaki krwionośne są to łagodne nowotwory tkanki naczyńniowej. Można traktować je jako zaburzenia rozwojowe, jako nadmierne nagromadzenie się tkanki naczyńniowej. Przemawia za tym bezpośrednie połączenie większości naczyńniaków z układem żylnym i tętniczym i umiejscowienie tkanki naczyńniakowej wśród tkanek nienowotworowych bez wyraźnego odgraniczenia³. Ze względu na budowę wyróżnić można: naczyńniaki włósniczkowe i jamiste³. Naczyńniaki stwierdza się u 1%-2,6% nowourodzonych dzieci. Występują zazwyczaj bezpośrednio po urodzeniu lub w ciągu pierwszych tygodni lub miesięcy życia. U znacznej części chorych ulegają samoistnemu zanikowi. W 3 roku życia zanikają u 30% dzieci, w 4 u 60%, a w 7 roku życia u 70-76% dzieci^{4,6}.

Naczyńniaki, które pojawiają się na powiekach i w oczodole noszą za sobą możliwość wystąpienia szeregu powikłań ze strony układu wzrokowego. Mogą to być: niedowidzenie, zez, wady refrakcji, anizometropia, opadnięcie powieki, ucisk nerwu wzrokowego, wytrzeszcz, zapalenie rogówki, trwała asymetria oczodołowo-powiekowa^{2,6,8}. Klinicznie naczyńniak przedstawia się jako miękki, gąbczasty, ciemny guz, który może powiększać się podczas pochylania głowy lub podczas płaczu lub krzyku.

Z powodu częstego samoistnego ustępowania zmian, wielu autorów zaleca u chorych z naczyńniakami „rozsądne wyczekiwanie” i uważa, że leczenie operacyjne bez istotnych wskazań nie powinno być przeprowadzane⁴. W tych przypadkach postępowanie zachowawcze polega na przeprowadzaniu okresowych dokładnych badań połączonych z pomiarami zmian i ewentualnym wykonywaniem dokumentacji fotograficznej^{4,8}. Wskazaniem do czynnego leczenia są powikłania, które upośledzają czynność układu wzrokowego lub wywołują duże zmiany kosmetyczne.

Istnieje wiele metod leczenia naczyńniaków. Są to: chirurgiczne usunięcie nowotworu, kryoterapia, wstrzykiwanie do naczyń substancji powodującej ich zarastanie, naświetlanie promieniami rtg, laseroterapia, embolizacja, podawanie ogólne kortykosterydów. Mogą one powodować rozległe bliznowacenie, martwicę i zaniki skóry oraz upośledzenie rozwoju kości oczodołu. W ostatnich latach uzyskiwano korzystne wyniki po wstrzykiwaniu kortyzonu bezpośrednio do zmiany chorobowej^{1,4,7}. Skłoniło to nas do zastosowania tego sposobu leczenia u 2 chorych z naczyńniakami oczodołu.

Przypadki własne

1. Chora I.D. lat 43. U chorej od dzieciństwa występował guz o średnicy około 2,5 cm umiejscowiony w górno-przysrodkowej części oczodołu lewego. Guz okresowo powiększał się, zwłaszcza po pochyleniu głowy ku dołowi. Chora była kilkakrotnie badana okulistycznie i przebywała na oddziałach okulistycznych, jednak bez propozycji leczenia. Od około roku guz zaczął powiększać się, dwukrotnie doszło do jego samoistnego przebiecia od strony

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

Reprint requests to:
Prof. dr hab. Jerzy Toczolowski
ul. Łukowska 77, 20-723 Lublin