

Tytuł: Postępowanie w retinopatii popromiennej po naświetlaniu oczodołu – opis przypadku

Autorzy: dr Barbara Nowacka, prof. dr hab. Wojciech Lubiński

Afiliacja: Klinika Okulistyki PUM w Szczecinie

W maju 2011 roku do Kliniki Okulistyki Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie zgłosiła się 31-letnia pacjentka, która w wieku 12 lat została poddana chemioterapii oraz miejscowej radioterapii oczodołu prawego z powodu rabdomyosarcoma powieki górnej. Ostrość wzroku OP uległa pogorszeniu do ruchów ręki przed okiem w stosunku do badania w 2008 roku (VOP-0,1 bokiem snp). Dodatkowo pacjentka zgłaszała obecność błysków oraz żółtej plamy przed okiem. W badaniu dna OP stwierdzono bladą, okrągłą tarczę nerwu II położoną w poziomie dna, rozległe wysięki miękkie w całym tylnym biegunie oraz zwężone tętnice. W plamce podejrzewano wylew podsiatkówkowy. Wgląd w dno OP był utrudniony ze względu na wysięk zapalny w ciele szklistym. W celu oceny stopnia zaawansowania retinopatii popromiennej oraz kwalifikacji do leczenia wykonano angiografię fluoresceinową, w której wysunięto podejrzenie występowania obszarów bezprzepływowości poza łukami naczyniowymi i ogniska neowaskularyzacji w okolicach wylewu. Ponadto wynik badania OCT wykazał znaczny obrzęk plamki. Pacjentkę zakwalifikowano do doszkliskowego padania Triamcinolonu. Leczenie przyniosło pożądany efekt i już po miesiącu od iniekcji wgląd w dno oka poprawił się na tyle, że możliwe było wykonanie fotokoagulacji obszarów bezprzepływowości. W badaniu po laseroterapii ostrość wzroku OP wynosiła 0,1 bokiem snp. Kontrolny wynik badania OCT wskazywał na zmniejszenie obrzęku w plamce. Ze względu na poprawę stanu klinicznego, pacjentce podano 2 kolejne iniekcje Triamcinolonu w odstępach 3 – miesięcznych, jednak bez znaczącego wpływu na wielkość obrzęku plamki, w związku z czym podjęto decyzję o zaprzestaniu leczenia doszkliskowego. W maju 2012 roku ostrość wzroku OP nadal utrzymywała się na poziomie 0,1 snp, ale wgląd w dno oka był nieco mglisty spowodowany wysiękiem zapalnym w ciele szklistym. Centralnie położony zanik siatkówkowo-naczyniówkowy otaczały ogniskowe wysięki o nierównych granicach oraz zlokalizowany skroniowo wylew podsiatkówkowy. Ze względu na stabilność wyżej opisanych zmian i brak objawów podmiotowych odstąpiono od dalszego leczenia inwazyjnego i zdecydowano się na włączenie terapii niestandardowej pod postacią leczenia miejscowego kroplami z bromfenakiem 2xOP przez okres 3 tygodni. Po 3 i 9 miesiącach ponownie włączono leczenie miejscowe wg powyższego schematu. W badaniu kontrolnym na dnie OP obserwowano stabilny zanik siatkówkowo-naczyniówkowy w okolicy plamki, a w miejscu wylewu siatkówkowego stwierdzono jedynie pojedyncze wybroczyny w okolicy których nie można wykluczyć neowaskularyzacji. W ciele szklistym stwierdzono jedynie pojedyncze męty bez cech wysięku zapalnego. Kontrolne badanie OCT wykazało ścięczenie centralnej siatkówki bez cech obrzęku. Ponieważ brak jest jednoznacznych standardów postępowania w retinopatii popromiennej, ze względu na pewne podobieństwo z retinopatią cukrzycową, korzystne może się okazać stosowanie leków przeciwzapalnych w iniekcjach doszkliskowych oraz lekach miejscowych, a także laseroterapia siatkówki.