

# Αντιμετώπιση αποκόλλησης αμφιβληστροειδούς λόγω οπής ωχράς κηλίδας

Ε. Παπαβασιλείου

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Παρουσιάζουμε μια γυναίκα ασθενή που προσήλθε με αποκόλληση αμφιβληστροειδούς λόγω οπής ωχράς κηλίδας. Περιγράφουμε την κλινική εικόνα της ασθενούς, τη χειρουργική της αντιμετώπιση με βιτρεκτομή καθώς και την μετεγχειρητική εικόνα της ασθενούς.

Αναλύουμε τις ιδιαιτερότητες του χειρουργείου της αποκόλλησης αμφιβληστροειδούς, καθώς και τα διάφορα στάδια της επέμβασης.

*Λέξεις κλειδιά:* οπή ωχράς κηλίδας, αποκόλληση αμφιβληστροειδούς, βιτρεκτομή, υψηλή μυωπία.

### Περιγραφή περιστατικού

Μεσήλικας γυναίκα ασθενής προσήλθε στην κλινική μας λόγω θόλωσης όρασης στον αριστερό οφθαλμό. Από το ιστορικό της ασθενούς αναφέρεται υψηλή μυω-

πία και επέμβαση καταρράκτη προ εξαμήνου. Η οπτική οξύτητα της ασθενούς ήταν αντίληψη κινουμένης χειρός στον αριστερό οφθαλμό. Κατά την βυθοσκόπηση διαπιστώθηκε αποκόλληση αμφιβληστροειδούς εντοπισμένη στον οπίσθιο πόλο. Η ασθενής υποβλήθηκε και σε εξέταση με οπτική τομογραφία συνοχής όπου διαπιστώθηκε οπή ωχράς κηλίδας ολικού πάχους με



Εικόνα 1. Μετεγχειρητική απεικόνιση ωχράς κηλίδας με κλείσιμο της οπής ωχράς και αποκατάσταση της αποκόλλησης αμφιβληστροειδούς.

Επιμελήτρια Α', Γ.Ν.Θ. 'Ο Άγιος Δημήτριος',  
Χειρουργός αμφιβληστροειδούς και ωχράς κηλίδας.

Corresponding author: E. Papavasileiou  
e-mail: liaparava@hotmail.com

αποκόλληση αμφιβληστροειδούς. Η ασθενής υποβλήθηκε σε επέμβαση βιτρεκτομής όπου έγινε κεντρική και περιφερική βιτρεκτομή, αφαίρεση επιωχρικής και έσω αφοριστικής μεμβράνης και τοποθέτηση βαριάς σιλικόνης. Δεν ανευρέθηκαν ρωγμές στην περιφέρεια του αμφιβληστροειδούς και η αποκόλληση αμφιβληστροειδούς αποδόθηκε στην οπή ωχράς κηλίδος.

Η ασθενής εξετάσθηκε μετά από μια εβδομάδα όπου η οπτική τομογραφία συνοχής έδειξε ότι έκλεισε η οπή ωχράς κηλίδος και αποκαταστάθηκε η αποκόλληση αμφιβληστροειδούς (Εικόνα 1). Η ασθενής προγραμματίστηκε για αφαίρεση βαριάς σιλικόνης μετά από τρίμηνο.

### Συζήτηση

Η οπή ωχράς σε συνδυασμό με αποκόλληση αμφιβληστροειδούς συμβαίνει στις εξής δύο περιπτώσεις: σε υψηλή μυωπία και σταφύλωμα όπου η οπή ωχράς αποτελεί τη ρωγμή που οδήγησε σε αποκόλληση αμφιβληστροειδούς. Στη δεύτερη περίπτωση υπάρχει ρηγματογενής αποκόλληση αμφιβληστροειδούς με παρουσία περιφερικής ρωγμής, επέκτασης της αποκόλλησης στον οπίσθιο πόλο και στην περιοχή της ωχράς με δευτεροπαθή δημιουργία οπής ωχράς κηλίδος.<sup>1</sup>

Η αντιμετώπιση της οπής ωχράς σε συνδυασμό με αποκόλληση αμφιβληστροειδούς είναι διαφορετική και πιο απαιτητική από την αντιμετώπιση μιας οπής ωχράς κηλίδος χωρίς συνυπάρχουσα αποκόλληση αμφιβληστροειδούς. Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει αφαίρεση της έσω αφοριστικής μεμβράνης πάνω σε έδαφος αποκολλημένου αμφιβληστροειδή ο οποίος είναι ευκίνητος. Επιπλέον, υπάρχει ο κίνδυνος η χρωστική που χρησιμοποιείται για χρώση της έσω αφοριστικής μεμβράνης να διεισδύσει στον υπαμφιβληστροειδικό χώρο και να προκαλέσει τοξικότητα.

Μια άλλη ιδιαιτερότητα της επέμβασης είναι ότι τα περιστατικά αυτά έχουν υψηλή μυωπία με αυξημένο αξονικό μήκος, σταφύλωμα και μειωμένη χρωματική αντίθεση λόγω της έλλειψης χρωστικής.

### Ιδιαιτερότητες της επέμβασης

Η επέμβαση συνήθως ξεκινά με πρόκληση ιατρογενώς αποκόλλησης αμφιβληστροειδούς εάν το υαλοειδές είναι επικολημένο. Στη συνέχεια κάνουμε κεντρική και περιφερική βιτρεκτομή. Υπάρχουν δύο τεχνικές για να κάνουμε αφαίρεση της έσω αφοριστικής μεμβράνης είτε με τη χρήση βαρέως υγρού ή χωρίς.

Εάν γίνει χρήση βαρέως υγρού αυτό βοηθά στην σταθεροποίηση του αμφιβληστροειδούς και αποτρέπει την είσοδο της χρωστικής στον υπαμφιβληστροειδικό χώρο διαμέσου της οπής ωχράς κηλίδος. Η χρωστική εγγύεται γύρω από τη φυσαλίδα του βαρέως υγρού ώστε να βάψει την έσω αφοριστική μεμβράνη. Η έναρξη της αφαίρεσης της έσω αφοριστικής μεμβράνης γίνεται κάτω από το βαρύ υγρό με τη βοήθεια του Diamond Dusted Membrane Scraper (Bausch + Lomb) ή του Finesse Flex Loop (Greishaber/Alcon) με την τεχνική pinch-and-peel.

Χωρίς τη χρήση του βαρέως υγρού η έγχυση της χρωστικής γίνεται μακριά από την περιοχή της οπής ωχράς κηλίδος στο όριο της αποκόλλησης αμφιβληστροειδούς. Η αφαίρεση της έσω αφοριστικής μεμβράνης γίνεται με παρόμοιο τρόπο όπως περιγράφεται παραπάνω.

Η αποκόλληση αμφιβληστροειδούς σε συνδυασμό με οπή της ωχράς κηλίδος αντιστοιχεί σε 0.5% των περιστατικών αποκόλλησης αμφιβληστροειδούς. Σε πληθυσμούς με Ιάπωνες και Κινέζους ασθενείς το ποσοστό αυτό ανέρχεται ως και 21% αντίστοιχα. Οι δύο αυτές παθήσεις μπορεί να συνυπάρχουν σε μύωπες ασθενείς και σε ασθενείς μετά από τραύμα κλειστού βολβού.<sup>2,3</sup>

Η παθοφυσιολογία της οφείλεται σε τρεις αιτιολογίες: προσθιοπίσθια έλξη υαλοειδούς στον οπίσθιο πόλο λόγω ενός οπίσθιου σταφυλώματος, έλξη στην περιοχή της ωχράς λόγω συρρίκνωσης του οπίσθιου φλοιώδους υαλοειδούς και επιωχρικών μεμβρανών και ελαττωμένη αμφιβληστροειδική πρόσφυση στον χοριοειδή λόγω ατροφίας του μελαγχρόου επιθηλίου.<sup>4</sup>

Στις χειρουργικές μεθόδους αντιμετώπισης ανήκουν το buckle της ωχράς που εφαρμοζόταν στο παρελθόν,

και πλέον η υαλοειδεκτομή σε συνδυασμό με αφαίρεση της έσω αφοριστικής μεμβράνης και ένθεση αερίου με ποσοστό ανατομικής επιτυχίας που ανέρχεται στο 90%. Λόγω της οπής ωχράς τα αποτελέσματα της οπτικής οξύτητας είναι πολύ απογοητευτικά.

### Προεγχειρητική εκτίμηση ασθενούς

Χρειάζεται να γίνει εκτίμηση της χοριοαμφιβληστροειδικής ατροφίας, διερεύνηση ύπαρξης χοριοειδικής νεοαγγείωσης και γλανκωματικής αιτιολογίας οπτική νευροπάθεια. Η οπτική τομογραφία συνοχής βοηθά στη διαφορική διάγνωση μεταξύ οπής ωχράς κηλίδος ολικού πάχους, ατελούς οπής ωχράς και μυωπικής σχίσσης ωχράς. Επιπλέον, βοηθά στην απεικόνιση επιωχρικής μεμβράνης όπου αυτή υπάρχει.<sup>5</sup>

### Στάδια βιτρεκτομής

Η αποκόλληση του οπίσθιου φλοιώδους υαλοειδούς σε συνδυασμό με την αφαίρεση επιωχρικής μεμβράνης είναι απαραίτητη για την επιτυχή έκβαση της επέμβασης. Οι πρώτοι που περιέγραψαν την παρουσία επιωχρικού προσφυόμενου φλοιώδους υαλοειδούς ήταν οι Stirpe and Michels. Ακόμα και στην περίπτωση όπου υπάρχει αποκόλληση του οπίσθιου υαλοειδούς εντούτοις παραμένει μια επιφάνεια αυτού σε επαφή με τον αμφιβληστροειδή λόγω σχίσσης του φλοιώδους υαλοειδούς.<sup>6</sup>

### Αφαίρεση της έσω αφοριστικής μεμβράνης

Η αφαίρεση της έσω αφοριστικής μεμβράνης αυξάνει την επιτυχία της επέμβασης από 63.2% σε 92.3%.

### Ενδολείξεο οπής ωχράς κηλίδος

Η χρήση του ενδολείξεο γύρω από την οπή ωχράς έχει βρεθεί ότι αυξάνει την ανατομική επιτυχία και επηρεάζει το αποτέλεσμα της ανατομικής αποκατάστασης της οπής ωχράς. Το ενδολείξεο μπορεί να προκαλέσει βλάβη στους φωτοϋποδοχείς με προοδευτική αύξηση της χοριοαμφιβληστροειδικής ατροφίας.

### Ανταλλαγή υγρού-αερίου

Μερικοί συγγραφείς αναφέρουν ότι η επιπέδωση του αμφιβληστροειδούς διαμέσου ροής του υπαμφιβληστροειδικού υγρού από την οπή ωχράς κηλίδος ενδέχεται να προκαλέσει βλάβη των φωτοϋποδοχέων ή μεγάλωμα της διαμέτρου της οπής. Εναλλακτικά μπορούμε να επιπεδώσουμε τον αμφιβληστροειδή χρησιμοποιώντας βαρύ υγρό και δημιουργώντας μια οπίσθια ρετινοτομή.

### Επιτοματισμός

Ο συνδυασμός της αφαίρεσης της έσω αφοριστικής μεμβράνης με ένθεση αερίου έχει ποσοστό επιτυχίας που φτάνει το 90%. Συνήθως προτιμώνται τα μακρά δράσης αέρια C2F6 ή C3F8. Η χρήση της σιλικόνης συνήθως φυλάσσεται για περιπτώσεις αποτυχίας της πρώτης επέμβασης και όταν χρησιμοποιείται συνήθως αφαιρείται μετά από 3 μήνες περίπου.<sup>7,8</sup>

## SURGICAL INTERVENTION OF RETINAL DETACHMENT DUE TO MACULAR HOLE

*E. Papavasileiou*

*Vitreoretinal Consultant at St. Dimitrios Hospital of Thessaloniki Greece*

### SUMMARY

We present a case of a woman who presented with retinal detachment due to macular hole. We present the clinical presentation of the patient, the surgical intervention with vitrectomy and postoperative presentation of the patient.

We analyze the special features of the surgery for retinal detachment repair and the different steps of the surgery.

*Key words:* macular hole, retinal detachment, vitrectomy, high myopia.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Margherio RR, Schepens CL. Macular breaks. 1. Diagnosis, etiology, and observations. *Am J Ophthalmol* 1972; 74:219.
2. Minoda K. Retinal detachment due to macular hole among Japanese. *Jpn J Ophthalmol* 1979; 23:200.
3. Zhang CF, Hu C. High incidence of retinal detachment secondary to macular hole in a Chinese population. *Am J Ophthalmol* 1982; 94:817-819.
4. Morita H, Ideta H, Ito K, et al. Causative factors of retinal detachment in macular holes. *Retina* 1991; 11:281-284.
5. Ripandelli G, Parisi V, Friberg TR, Coppé AM, Scassa C, Stirpe M. Retinal detachment associated with macular hole in high myopia: using the vitreous anatomy to optimize the surgical approach. *Ophthalmology* 2004; 111:726-731.
6. Spaide RF, Fisher Y. Removal of adherent cortical vitreous plaques without removing the internal limiting membrane in the repair of macular detachments in highly myopic eyes. *Retina* 2005; 25:290-295.
7. Sakaguchi H, Ikuno Y, Choi JS, Ohji M, Tano T. Multiple components of epiretinal tissues detected by triamcinolone and indocyanine green in macular hole and retinal detachment as a result of high myopia. *Am J Ophthalmol* 2004; 138:1079-1081.
8. Lam RF, Lai WW, Cheung BT, Yuen CY, Wong TH, Shanmugam MP, Lam DS. Pars plana vitrectomy and perfluoropropane (C3F8) tamponade for retinal detachment due to myopic macular hole: a prognostic factor analysis. *Am J Ophthalmol* 2006; 142:938-944.