

玻璃体切除治疗合并脉络膜脱离的孔源性视网膜脱离

曾爱萍 曾水清 程扬

【摘要】 目的 研究玻璃体切除对合并脉络膜脱离的孔源性视网膜脱离的治疗作用。方法 对连续治疗的 12 例合并有脉络膜脱离的孔源性视网膜脱离患眼, 进行玻璃体切除联合长效气体或硅油填充治疗, 所有病人术前术后均用激素治疗, 对视网膜的复位率进行评价。结果 平均随访 10.42 个月, 单次手术视网膜解剖复位率为 91.67% (11/12)。再次手术后视网膜解剖复位率为 100%。结论 玻璃体切除术是治疗合并脉络膜脱离的孔源性视网膜脱离的有效方法。

【关键词】 孔源性视网膜脱离; 脉络膜脱离; 玻璃体切除术

Pars plana vitrectomy for the treatment of rhegmatogenous retinal detachment combined with choroidal detachment ZENG Ai-ping, ZENG Shui-qing, CHENG Yang. Department of Ophthalmology, Union Hospital, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 430022, China

【Abstract】 Objective To study the treatment role of vitrectomy in eyes with combined rhegmatogenous retinal detachment (RRD) and choroidal detachment (CHD). Methods Twelve consecutive patients were studied. Pars plana vitrectomy with either gas or silicone oil tamponade were performed. All patients were treated with corticosteroids before surgery, and systemic corticosteroids were tapered after surgery. Retinal reattachment rate was measured. Results At mean follow-up of 10.42 months. Single-operation anatomic success was 91.67% (11/12) among these patients. After reoperation, anatomic success was 100%. Conclusion The results suggest that pars plana vitrectomy is an effective technique for managing RRD combined with CHD.

【Key words】 Rhegmatogenous retinal detachment; Choroidal detachment; Vitrectomy

合并脉络膜脱离的孔源性视网膜脱离的发生率较低 (1.5%~8%)^[1], 常规巩膜外加压术治疗视网膜复位率不足 53%, 手术成功率低的原因因为增生性玻璃体视网膜病变 (PVR)^[2,3]。本研究阐述了玻璃体切除对合并脉络膜脱离的孔源性视网膜脱离的治疗作用。

资料和方法

1. 一般资料: 收集 2005 年 2 月至 11 月连续住院治疗合并脉络膜脱离的视网膜脱离患者 12 例 (12 只眼), 其中男性 8 例, 女性 4 例, 年龄 27~69 岁, 平均 47.33 岁。

术前视力 0.02 者 1 只眼, 眼前指数 4 只眼, 眼前手动 5 只眼, 光感 2 只眼。6 例伴有前段葡萄膜炎反应, 眼部充血, 角膜后 KP, 前房房水闪光阳性,

其中 2 例鼻侧虹膜后粘。有晶体眼 10 例, 其中 5 例晶状体不均匀混浊; 另外人工晶体眼 1 例, 无晶体眼 1 例。所有病人玻璃体均有不同程度的混浊。视网膜脱离为 4 个象限者 9 只眼, 3 个象限者 3 只眼, 所有患眼黄斑部视网膜均有脱离, 其中 2 只眼术中发现有黄斑裂孔。脉络膜脱离范围: 360° 全脱离者 7 只眼, 270° 脉脱者 2 只眼, 180° 脉脱者 3 只眼。眼内压低于 4mmHg 者 3 只眼, 4~6mmHg 者 8 只眼, 1 只眼为 11mmHg。所有病人术前 3 天患眼滴用典必殊眼水, 每天 4 次, 1% 阿托品眼水, 每天 1 次, 3 例术前全身静脉用糖皮质激素 3 天。

2. 手术方法: 平坦部标准三切口玻璃体切除, 排放脉络膜上腔液体, 找全视网膜裂孔, 内引流, 视网膜固定, 长效气体或硅油填充。具体方法: 用 2ml 空针的针头从一个平坦部巩膜切口 (鼻上或颞上) 插于玻璃体腔内, 并行眼内灌注 BSS 液体恢复眼内压, 同时从另一个平坦部巩膜切口 (颞下方巩膜切

作者单位: 430022 武汉, 华中科技大学同济医学院附属协和医院眼科

通讯作者: 曾爱萍

口) 排出脉络膜上腔的液体, 当眼内压(玻璃体容积)恢复后可将脉络膜向外推, 有利于将脉络膜上腔的液体完全排出, 再于该切口固定 4mm 灌注针头。标准平坦部三切口玻璃体切除, 去除眼内增生性玻璃体视网膜病灶, 仔细剥离玻璃体后皮质并清除, 查找视网膜裂孔, 内引流至视网膜平伏, 激光封闭视网膜裂孔及病变处视网膜, 玻璃体腔内填充长效气体(16% C_3F_8)或硅油。

术后全身用激素治疗并逐渐减量, 平均随访时间是 10.42 个月(6-15 个月), 硅油填充者于术后 3 个月行硅油取出。

结 果

12 例合并脉络膜脱离的视网膜脱离患者行玻璃体切除术一次手术解剖成功率为 91.67%(11/12)。术中 5 例发现有其它视网膜裂孔, 其中 2 例伴有黄斑裂孔。术中 3 只眼填充 16% C_3F_8 气体, 9 只眼用硅油填充, 术后视网膜均复位。1 例硅油填充眼在随访期间视网膜脱离复发, 本例术前玻璃体有增生性改变、视网膜有多个裂孔、脉络膜 360° 全脱离, 经玻璃体切除联合硅油填充手术后, 视网膜和脉络膜复位。随访 1 个半月时出现黄斑部水肿, 2 个月时出现黄斑部增殖膜, 行第二次手术(硅油取出+黄斑前膜剥除+16% C_3F_8 气体填充)后视网膜成功复位。其它硅油填充眼取出硅油后视网膜复位良好。

术前晶状体透明眼, 在术后随访期间 3 只眼发展成后囊下白内障。术前 5 例有白内障的患者, 术后病情有进一步发展, 其中 2 只眼在硅油取出时行白内障超声乳化摘除联合人工晶体植入术, 最终随访视力分别提高到 0.3 和 0.5。

讨 论

合并脉络膜脱离的孔源性视网膜脱离是一种特殊类型的视网膜脱离, 绝大多数存在低眼压、眼内炎症及血视网膜屏障的破坏, 血视网膜屏障的破坏与玻璃体腔内炎症反应有关, 从而激发了一种创伤愈合反应。冷凝和巩膜外加压可能加速增生性玻璃体视网膜病变(PVR)过程的启动, 据报道常规巩膜外加压治疗合并脉络膜脱离的视网膜脱离, 视网膜复位率不足 53%, 主要原因是术后发生了 PVR^[2,3]。而平坦部玻璃体切除术通过切除病变的玻璃体, 打破了 PVR 的病理过程, 使视网膜复位率大大提高, 本研究视网膜复位率为 91.67%, 与其它研究者的结果一致^[4-6]。

周边部脉络膜隆起能暂时封闭周边部视网膜裂

孔, 使后极部视网膜呈浅脱离状态, 这往往给人一种错觉认为可通过单纯巩膜外加压来处理。然而这种情况下, PVR 的危险性相当高, 冷凝和巩膜外加压术后, 视网膜脱离复发的危险性增加约 4.5 倍。PVR 是视网膜脱离手术失败的主要原因, 除了视网膜色素上皮细胞通过视网膜裂孔扩散到玻璃体腔外, 一些生长因子在 PVR 过程中起重要作用, 另外合并脉络膜脱离眼很低的低眼压可导致血视网膜屏障的过度破坏, 促进 PVR 的形成。因此采用玻璃体切除比常规巩膜外加压治疗, 视网膜复位率高^[4-6]。

玻璃体切除术, 除了能切除所有的炎症介质, 打断 PVR 循环, 提高手术成功率外, 还有其它优点:①避免了极低眼压的眼球手术;②避免了经巩膜引流视网膜下液而发生的并发症;③可通过平坦部巩膜切口排出脉络膜上腔积液, 直接复位脉络膜;④术中提高视网膜裂孔的检出率, 并能直接封闭裂孔, 提高了手术成功率;⑤术中手术显微镜放大倍数高, 提高了视网膜表面的可视性, 能发现视网膜表面还未形成固定皱襞的薄色素膜并清除, 减少术后复发的机会;⑥避免了术前长期大量的糖皮质激素的应用, 缩短视网膜脱离的时间, 使术后视网膜功能下降有所改善。玻璃体切除术的主要缺点是发生或促进有晶体眼晶体核硬化或后囊下白内障的发生, 本组术前 5 例透明晶体中有 3 只眼在术后发展成后囊下白内障, 而术前 5 例有白内障的患者, 在术后随访期间晶体混浊加重。

合并脉络膜脱离的孔源性视网膜脱离, 由于明显的葡萄膜炎, 眼部严重充血, 并可发生虹膜后粘连及玻璃体混浊。本组病例术前局部或全身用激素 3 天治疗葡萄膜炎和玻璃体炎症, 然后采用玻璃体切除术切除所有的炎症介质, 提高了视网膜解剖复位率。激素能影响脉络膜血管的渗透性, 减少脉络膜血管系统的渗漏, 因此术前激素治疗是合理的, 可使玻璃体手术不增强已经存在的眼内炎症, 从而不增强 PVR 过程。另一方面术前激素治疗并不总是能完全治疗脉络膜脱离^[4], 而且激素治疗期间, 黄斑部始终保持脱离状态, 因此对这些病例术前是否一定需要激素治疗及激素治疗时间的长短, 有待于进一步临床研究。

参 考 文 献

- 1 朱剑锋, 许迅, 张哲. 合并脉络膜脱离的孔源性视网膜脱离患者的手术疗效分析. 中华眼科杂志, 2002, 38: 135-138
- 2 Seelenfreund MH, Kraushar MF, Schepens CL, et al. Choroidal detachment associated with primary retinal detachment surgery. Retina, 1994, 91: 254-258
- 3 Sharma T, Challa JK, Ravishankar KV, et al. Scleral buckling for retinal detachment. Predictors of anatomic failure. Retina, 1994, 14:338-343

- 4 Sharma T, Gopal L, Badrinath SS. Primary vitrectomy for rhegmatogenous retinal detachment associated with choroidal detachment. *Ophthalmology*, 1998, 105: 2282-2285
- 5 Yang CM. Pars plana vitrectomy in the treatment of combined rhegmatogenous and choroidal detachment in aphakic or pseudophakic patients. *Ophthalmic Surg Lasers*, 1997, 28:288-293
- 6 Loo A, Fitt AWD, Ramchandani M, et al. Pars plana vitrectomy with silicone oil in the management of combined rhegmatogenous retinal and choroidal detachment. *Eye*, 2001, 15:612-615

(收稿时间: 2006-08)

· 病例报告 ·

Langerhans 组织细胞增生症眼眶受侵一例

张萌 赵萍 袁乃芬

【关键词】 Langerhans 组织细胞; 增生; 眼眶

郎格罕斯组织细胞增生症(Langerhans cell histiocytosis, LCH) 是由 Langerhans 细胞的异常增生所致的一组病变, 是一种非典型的细胞增殖性疾病^[1], 介于良恶性之间。以病灶内浸润的组织细胞中含有病理性郎格罕斯细胞(LC)为诊断依据。其发病可呈单灶或多灶性, 好发于扁平骨, 如颅骨、肋骨等, 也可累及全身脏器, 眼眶受侵较少见, 本院曾遇 1 例, 现报告如下。

患者 女 7 岁 主因左眼眉外上部肿物 1 个月, 进行性增大 2 周入院。患儿既往体健。入院查体: 体温 36.8℃, 呼吸 20 次/分, 脉搏 88 次/分, 浅表淋巴结无肿大。心界不大, 听诊无异常。双肺呼吸音清。肝、脾无增大。视力: 右眼 0.8, 左眼 0.5。左侧眉梢上方可触及一软组织肿块, 约为 3.0cm × 2.5cm × 0.5cm, 表面光滑, 边界清, 不活动, 无压痛; 无上睑下垂, 无结膜充血, 双眼屈光间质清。眼位正位, 眼球运动不受限, 双眼眼底未见异常。眼眶 CT 示: 左侧眉弓软组织占位, 左侧额骨骨质破坏。初步诊断: 左眉弓肿物(眼眶受侵)。于 2006-8-23 全麻下行左眉弓肿物切除术。术中发现肿物与周围组织粘连紧密, 无包膜, 质软, 呈胶冻状, 眶上壁受侵, 部分颅骨破坏, 肿物未侵及颅内。术后病理回报: 组织细胞增生活跃, 不排除组织细胞源性肿瘤。免疫组织化学检查, 肿瘤组织呈 Vimentin(+), CD68(+), LCA(-), CD21(-), S-100 蛋白(+++), Ki-67-LI 约为 8%。诊断为: 郎格罕斯组织细胞增生症。术后 6 天拆线, 伤口愈合良好。术后 3 周, 行原左眉弓部位及破坏骨质三维立体适形放疗, DT5000 cGy (6Mv X 线), 三野照射, 1/日, 共 25 次。现随访 3 个月, 患儿一般情况好, 肿物无复发。

讨论 组织细胞增生症病因不明确, 多数学者认为可能由免疫缺陷引起。随着现代分子生物学、免疫组化及遗传基因学的发展和临床研究的深入, 认为本病是一种反应性增殖性疾病。病毒(如人类疱疹病毒-6)与疾病病因可能存在一定关系^[2]。此外, 在 LCH 患者中, 染色体的不稳定性、基因变异情况与疾病的发生、发展、预后情况密切相关; 遗传基因受环境作用的改变可能对病变的分化程度起作用^[3]。

该病可侵犯全身多个系统及器官, 临床表现多样化, 轻重悬殊极易误诊^[4]。骨质受侵是本病的一大特点, 颅骨破坏是最常见的, 眼眶骨受累可引起眼部病变, 出现眼球突出, 眼睑肿胀、疼痛, 眼睑下垂, 球结膜充血, 视神经萎缩, 视乳头水肿以及眼球运动障碍。本例外眼及眼底未见异常, 以眉部肿块为首发症状, 眼眶骨质破坏为其特点。诊断需依据临床表现、X 线改变和病理形态学等进行综合分析。

国际组织(1987)细胞学协会将 LCH 诊断确信度分为 3 级: ①最终诊断 光镜下 LC 细胞形态学特点加电子显微镜病变细胞中有 Birbeck 颗粒或 CD1a 染色阳性。②明确诊断 光镜下 LC 细胞形态学特点, 三磷酸腺苷酶、S-100 蛋白、a-D 甘露糖苷酶、花生植物血凝素 4 项染色中阳性 > 2 项者; ③初步诊断 根据临床、实验室检查、影像学及光镜下细胞病理形态学特点。

LCH 的治疗方法包括手术切除、放疗、化疗、免疫治疗等。LCH 的预后与年龄、脏器受累多少、脏器的功能受损程度密切相关^[5]。发病年龄越小、病变范围越大及累及器官越多, 预后越差。发生在眶骨的 LCH 易发生扩散并累及中枢神经系统^[6]。

参 考 文 献

- 1 Issmann F, Lepelletier Y, Fraitaig S, et al. Differentiation of Langerhans cells in Langerhans cell histiocytosis *Blood*, 2001, 97: 1241-1248
- 2 Jayaram N, Ramprasad AV, Sujay RP. Langerhans' cell histiocytosis a clinicopathological spectrum. *Indian J Pathol Microbiol*, 1998, 41(3): 331-335
- 3 Scappaticci S, Danesino C, Rossi E, et al. Cytogenetic abnormalities in PHA-stimulated lymphocytes from patients with Langerhans' cell histiocytosis. *Br J Haematol*, 2002, 111(1): 258-262
- 4 麦水强. 郎格罕细胞组织细胞增生症误诊 9 例分析. *中国误诊学杂志*, 2005, 5(2): 331-332
- 5 芮耀耀. 郎格罕细胞组织细胞增生症 42 例临床分析. *中国当代儿科杂志*, 2000, 2(2): 99-100
- 6 Valladeau J, Ravel O, Dezutter Dambuyant C, et al. Langerin a novel C-type lectin specific to Langerhans cells, is an endocytic receptor that induces the formation of Birbeck granules. *Immunity*, 2000, 12: 71-81

(收稿时间: 2006-12)

作者单位: 050011 石家庄, 河北医科大学第四医院眼科

通讯作者: 张萌, E-mail: zhangmeng035@126.com