

СИМПАТИЧЕСКАЯ ОФТАЛЬМИЯ ПОСЛЕ ПОВТОРНЫХ ВИТРЕКТОМИЙ, ПРОВЕДЕННЫХ ПО ПОВОДУ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТКИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Национальный Центр Офтальмологии имени акад. Зарифы Алиевой, г. Баку, Азербайджан

Ключевые слова: *симпатическая офтальмия, pars plana витректомия, рецидив отслойки сетчатки*

Симпатическая офтальмия – это редкое заболевание, характеризующееся билатеральным гранулематозным увеитом, связанным с травмой либо хирургическим вмешательством на одном глазу. Впервые Mackenzie в 1840-м году подробно описал клиническую картину воспалительного процесса, возникающего после травмы, назвав его «симпатический офтальмит» [1]. Он же, впервые, предложил теорию «перехода» воспалительного процесса из травмированного глаза в контрлатеральный через зрительный нерв и хиазму. В начале 20-го века Elnschnig предположил аутоимунную теорию возникновения симпатической офтальмии [2]. В настоящее время патогенез болезни, предположительно, связан с аутоиммунной реакцией на окулярные антигены, которые экспозируются во время травмы, либо хирургического вмешательства [3, 4].

В 80 % случаев симпатическая офтальмия развивается в период от одной до 12-и недель после полученного ранения или операции, и в 90% случаев в течение года [5, 6]. Симпатическая офтальмия имеет некоторые схожие клинические, генетические и гистопатологические признаки с болезнью Фогта-Койанаги-Харада, так как оба случая представляют собой аутоиммунное поражение, нацеленное на меланоциты хориоидеи и пигментного слоя сетчатки. В обоих случаях у пациентов обнаруживается главный комплекс гистосовместимости – HLA-DR4 [7, 8].

Согласно статистическим данным риск развития симпатической офтальмии составляет 0,2-0,3% после проникающих ранений глаза, и в 0,01 % после внутриглазных операций [9, 10].

Первые научные работы о развитии симпатической офтальмии после витректомии были опубликованы в 1978-м году (Lewis, M. L., Gass, J. D. M, 1978; Smith, R. S. 1978; Cantrill H.L. 1979) [11, 12, 13]. Согласно исследованию Gass J.D., частота развития симпатической офтальмии после витректомии составляет 0,06% [14].

Риск развития симпатической офтальмии после витректомии выше, в сравнении с другими офтальмологическими операциями [15]. Симпатическая офтальмия развивается в 0,03 случая на 100000 населения, из них 33% приходится на случаи после витректомии [16]. Согласно исследованию, проведенному в Великобритании в 2000 году, предполагаемый риск симпатической офтальмии после витректомии составляет 1 на 799 случаев (0,125%), что выше риска симпатической офтальмии после непроникающих операций по поводу отслойки, которая составляет 1 случай на 1357 (0,074%) [17].

В данной статье нами представлен клинический случай симпатической офтальмии после повторных витректоми у пациентки с рецидивирующей отслойкой сетчатки.

Клинический случай

Пациентка М.Э. 33-х лет с миопией высокой степени обоих глаз обратилась в Национальный Центр Офтальмологии имени академика Зарифы Алиевой с жалобами на резкое снижение зрения правого глаза. При поступлении острота зрения правого глаза: светоощущение с правильной проекцией, левого глаза: 0,01, с коррекцией -18.0 дптр – 0,1. При сборе анамнеза выявлено, что больная перенесла успешную операцию (круговое склеральное вдавление) по поводу отслойки сетчатки на левом глазу 10 лет назад.

При обследовании у пациентки была диагностирована регматогенная отслойка сетчатки правого глаза с гигантским разрывом (180°), расположенным темпорально (Рис. 1а). На глазном дне левого глаза наблюдалась перипапиллярная и макулярная хориоретинальная миопическая дистрофия, на периферии круговой вал циркулярного вдавления, а также пигментированные очаги лазеркоагуляции.

В связи с наличием гигантского разрыва и свежей отслойки сетчатки, было принято решение о проведении pars plana витректомии правого глаза с дренированием субретинальной жидкости, эндолазеркоагуляцией сетчатки и тампонадой витреальной полости силиконовым маслом. Острота зрения правого глаза через день после операции составила счет пальцев у лица, с коррекцией -10,0 дптр – 0,03. Через месяц после операции у пациентки была обнаружена нижняя плоская отслойка сетчатки под силиконовым маслом, а также начальная катаракта. В связи с этим, проведена повторная операция – факэмульсификация катаракты, удаление силиконового масла, ревизия сетчатки с повторной тампонадой витреальной полости

силиконовым маслом. Пациентка была выписана с прилежащей сетчаткой. Однако, через месяц вновь произошёл рецидив отслойки сетчатки снизу, и пациентке проведено третье хирургическое вмешательство с удалением силиконового масла, ретинэктомией и повторным введением силиконового масла.

Таким образом, окончательный анатомический эффект – полное прилежание сетчатки был достигнут лишь после третьей операции (рис. 1б).

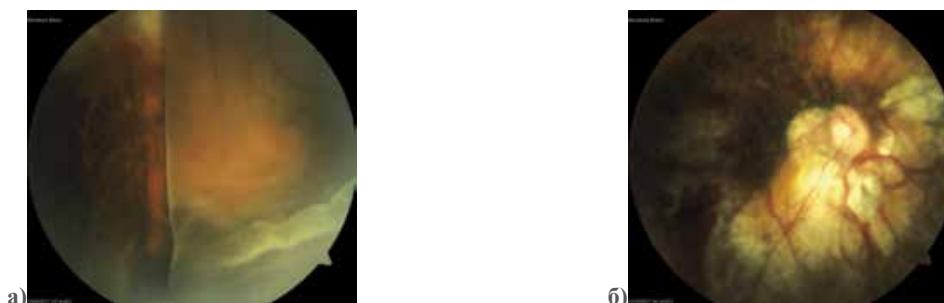


Рис1. а) Ретинотенная отслойка сетчатки с гигантским разрывом при первичной обращении; б) Состояние глазного дна после pars plana витрэктомии – полное прилежание сетчатки

Зрение после последней операции с максимальной коррекцией (+4.0 дптр) составило 0,01.

После третьей операции, пациентка обследовалась регулярно: с частотой раз в неделю в первый месяц после операции; 1 раз в месяц - в последующем. Через 5 месяцев после последней, третьей операции (7 месяцев после первой операции) у пациентки появились жалобы на боли, слезотечение, светобоязнь и затуманивание зрения на правом глазу. При обследовании острота зрения на оперированном глазу – светоощущение с правильной проекцией. Наблюдалось множество преципитатов на эндотелии роговицы, клетки во влаге передней камеры, синехии в области зрачка. Пациентке были назначены частые инстилляции стероидных и нестероидных противовоспалительных препаратов, а также мидриатики. На фоне лечения наблюдалось уменьшение воспаления передней камеры, однако, наблюдался бомбаж радужки, связанный с окклюзией зрачка задними синехими. В связи с этим, пациентке проведена YAG–лазерная иридотомия. Частой инстилляцией противовоспалительных капель была достигнута ремиссия увеита. В дальнейшем кратность использования местных препаратов была постепенно снижена до двух раз в сутки.

Еще через 4 месяца (9 месяцев после третьей операции) пациентка начала жаловаться на затуманивание зрения на парном - левом глазу. При обследовании, зрение на обоих глазах составила движение руки у лица. Внутриглазное давление справа 13,9 мм рт ст, слева 17,9 мм рт ст. Наблюдалась выраженная экссувативная реакция в передней камере (эндотелиальные преципитаты роговицы, клетки во влаге передней камеры - +++). Справа - силиконовая тампонада витреальной полости. Слева – помутнение, клетки в стекловидном теле. На глазном дне множественных округлые мелкие сероватые хориоретинальные очаги в парамакулярной, перипапиллярной области, на средней и крайней периферии сетчатки (рис.2).

Пациентке проведена оптическая когерентная томография сетчатки (Cirrus HD OCT, Carl Zeiss Meditech), которая выявила множественные очаги на уровне слоя хориокапилляров (Рис.3).

Была проведена флюоресцентная ангиография сетчатки, которая выявила множественные мелкие, а также сливные очаги гипофлюоресценции в перипапиллярной и парамакулярных зонах на средней и крайней периферии на ранних снимках, с переходом их в гиперфлюоресценцию в позднюю фазу (рис.4).

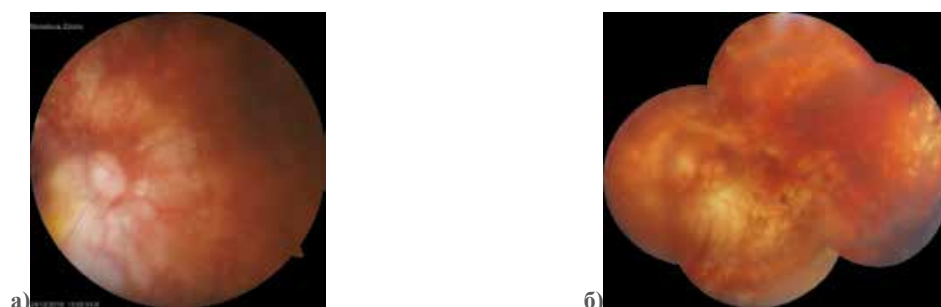


Рис 2. Глазное дно правого (а) и левого (б) глаза через пять месяцев после последней витрэктомии

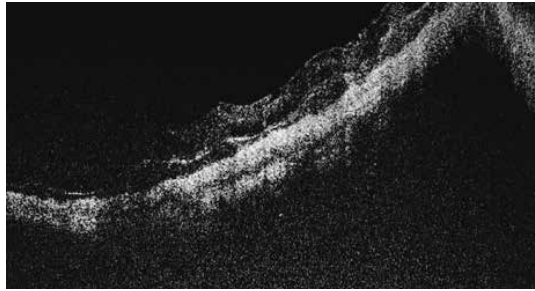


Рис.3. На срезе оптической когерентной томографии сетчатки выявлены воспалительные очаги на уровне слоя хориокапилляров

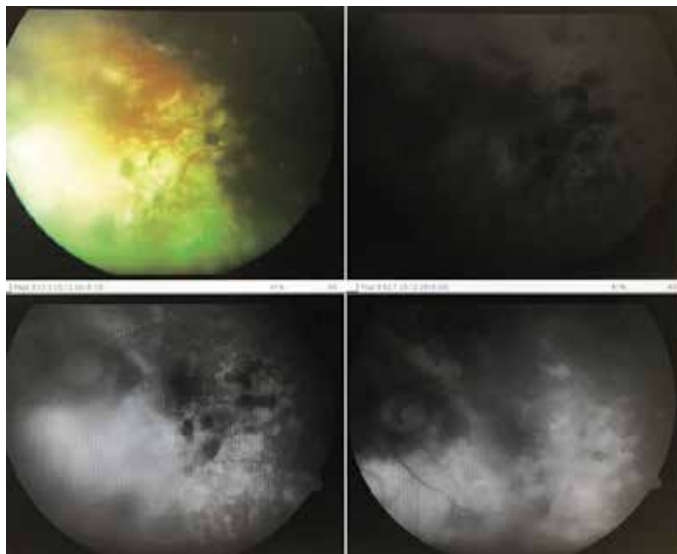


Рис.4. Флюоресцентная ангиография сетчатки выявила очаги ранней гипофлюоресценции с поздней гиперфлюоресценцией

Для исключения инфекционной причины увеита пациентке были проведены лабораторные исследования для исключения туберкулеза, сифилиса, саркоидоза и ВИЧ-инфекции, герпетической инфекции. Все анализы были отрицательны.

На основании анамнеза, и характерной клинической картины пациентке был поставлен диагноз симпатическая офтальмия. Пациентке были назначены системные и местные стероидные препараты: преднизолон внутрь, в дозировке 1 мг/кг/сут (60 мг/сут), с последующим постепенным снижением дозы на 5 мг каждые 10 дней до поддерживающей дозы в 10 мг/сут. Местно: капли преднизолон ацетонида 1% с частотой инстилляций каждый час, с последующим постепенным уменьшением кратности закапывания до поддерживающей – дважды в день. Через неделю после начатой терапии у пациентки наблюдалось уменьшение воспаления обоих глаз и повышение остроты зрения левого глаза до 0,01 с максимальной коррекцией (-18 дптр). Через месяц острота зрения с максимальной коррекцией на левом глазу повысилась до 0,03, а через 2 месяца - 0,05. При снижении дозы преднизолона до 10 мг, у пациентки наблюдалось незначительное усиление воспалительной реакции. В качестве дополнительной терапии с целью поддержания стадии ремиссии и уменьшения негативных последствий системной терапии стероидами в высоких дозах, пациентке был назначен Циклоспорин в дозировке 100 мг/сут. При последнем визите, через 9 месяцев лечения, острота зрения составила OD светоощущение с неправильной проекцией, OS с максимальной коррекцией (-18 дптр) 0,05. Роговица и влага передней камеры прозрачны. Зрачок справа слабо, слева хорошо реагирует на свет. Справа силиконовая тампонада витреальной полости, слева стекловидное тело прозрачное. Парамaculaрно, а также на средней и крайней периферии сетчатки множество атрофических хориоретинальных очагов (Dalen-Fuchs) (рис 5а).

На ОКТ снимках в динамике после начала терапии наблюдается «сглаживание» макулярного рисунка, уплощение очагов в слое хориокапилляров (рис 5б).

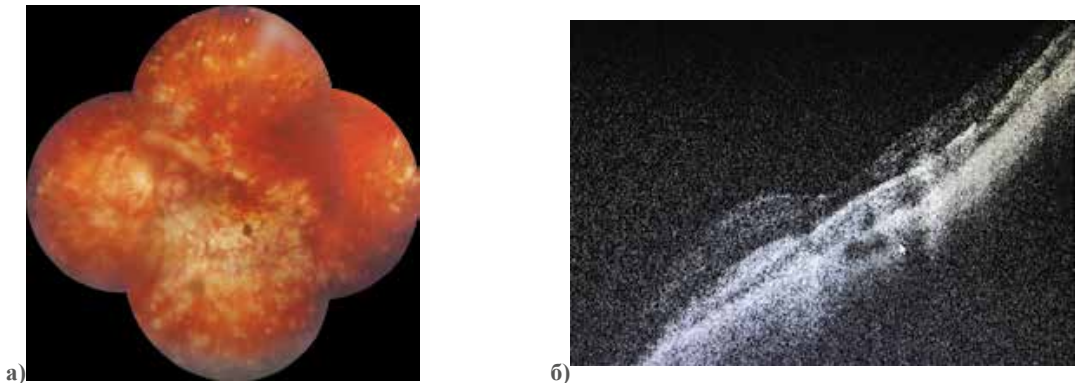


Рис.5. Состояние глазного дна левого глаза пациентки после проведенной терапии (а); ОКТ пациентки после лечения (б)

Обсуждение

Рецидив отслойки сетчатки является частым осложнением pars plana витрэктомии, проведенной по поводу отслойки сетчатки. Согласно литературным данным, успех первичной витрэктомии по поводу отслойки сетчатки составляет 77,4% [18]. Гигантский разрыв сетчатки повышает риск рецидива отслойки до 44 % [19]. Причиной рецидива отслойки сетчатки чаще всего является, развивающаяся после операции, пролиферативная витреоретинопатия, которая приводит к образованию мембран и вторичных разрывов сетчатки.

Согласно Kwon O.W. с соавторами, успех операции по поводу рецидива отслойки сетчатки составляет 73% в течении 6 месяцев, успех же повторных операций – 99% [20]. В нашем случае у пациентки наблюдался гигантский разрыв сетчатки, что стало причиной развития пролиферативной витреоретинопатии и повторных отслоек сетчатки. Повторные витрэктомии также являются фактором риска развития симпатической офтальмии. Так, известно, что риск симпатической офтальмии повышается с увеличением числа витрэктомий, проведенных в течении 1 года.[21] В нашем случае, окончательный анатомический эффект, полное прилегание сетчатки, был достигнут 3-мя операциями, проведенными в течении 6 месяцев.

Для подтверждения диагноза симпатической офтальмии было проведено расширенное клиническое обследование, в том числе, лабораторные методы исследования. Для дифференциальной диагностики были проведены анализы на инфекции (ВИЧ, сифилис, туберкулез, герпесвирусы, цитомегаловирус), а также ревмопробы, которые оказались негативными.

Флюоресцентная ангиография выявила очаги гипофлюоресценции на ранних снимках с гиперфлюоресценцией на поздних снимках. Данные изменения характерны для симпатической офтальмии [3, 22].

Существуют исследования о целесообразности применении ОКТ для диагностики симпатической офтальмии. Характерные очаги располагаются на уровне хориокапилляров. Согласно исследованию Bergua эти очаги соответствуют участкам ишемии хориокапилляров [20, 22]. На проведенных ОКТ исследованиях нашей пациентки также наблюдались характерные очаги, которые сгладились после проведенной терапии.

Лучшей профилактикой симпатической офтальмии в случае травмы глазного яблока является его удаление в течении 7 дней после полученного ранения (Lubin J. 1980, Savar A. 2009) [9, 23]. Энуклеацию в качестве профилактики симпатической офтальмии впервые предложил Pritchard в 1851-м году. Он предложил производить эту операцию в течение 14 дней после травмы. В дальнейшем было опубликовано много работ о необходимости профилактической энуклеации [24]. Однако, в настоящее время существуют разногласия о времени удаления травмированного глаза, так как симпатическая офтальмия может развиваться и через 5 дней после полученного ранения. Кроме того, спорным остается вопрос о необходимости удаления симпатизирующего глаза, так как, в дальнейшем, травмированный глаз может оказаться лучше-видящим [25]. Кроме того, существуют работы о возникновении симпатической офтальмии после энуклеации [26-29]. Причиной развития симпатического воспаления после энуклеации может быть объяснен современными представлениями об аутоиммунном патогенезе заболевания. После травмы, при развитии посттравматического увеита запускается аутоиммунный процесс с образованием антигенспецифических иммунных Т-лимфоцитов в увеальном тракте поврежденного глаза и циркулирующих в крови Т-клеток иммунологической памяти. В последствие под действием различных провоцирующих (триггерных) факторов может произойти активация аутоиммунного процесса в различные сроки после энуклеации поврежденного

глаза.. Также, спорным является вопрос об эффективности удаления глазного яблока при развитии симпатической офтальмии, в свете настоящих представлений об аутоиммунной природе данного заболевания. Kilmartin с соавторами определили, что вторичная энуклеация симпатизирующего глаза не приводит к ослаблению воспалительного процесса, улучшению зрения парного глаза, а также уменьшению необходимости медикаментозной терапии [30].

Лечение симпатической офтальмии направлено на предотвращение значительной потери зрения и заключается в применении системной и местной стероидной терапии. Стероиды могут быть назначены в виде пульс-терапии, внутривенно, в дозировке 1000 мг/сут при тяжелом течении болезни, наличии жирных преципитатов на эндотелии роговицы и серозной отслойки сетчатки. В качестве дополнительной терапии при стероидо-резистентности, а также при развитии побочных эффектов системного применения кортикостероидов применяются цитостатики, такие как циклоспорин и азатиоприн [31, 32].

В нашем случае, была выбрана менее агрессивная, пероральная терапия стероидами, в дозе 1 мг/кг/сут, что привело к ремиссии процесса и повышению остроты зрения. Также, при снижении дозы системных кортикостероидов, был назначен Циклоспорин в дозе 100 мг/сут. Продолжительность терапии симпатической офтальмии составляет минимум 1 год. Прекращать лечение, несмотря на стабилизацию процесса не рекомендуется, так как есть вероятность рецидива [3, 4].

Заключение

Потенциальный риск развития симпатической офтальмии существует не только после ранений глаза, но и после интраокулярных операций, особенно витрэктомий. Риск симпатической офтальмии выше после повторных витрэктомий, проведенных в течении 1 года. Поэтому, необходимо динамическое наблюдение пациентов после повторных операций, а также активная противовоспалительная терапия при возникновении постоперационного увеита.

При выборе лечения симпатической офтальмии для предотвращения потери зрения необходимо применять высокие дозы стероидных препаратов, а также их комбинацию с цитостатиками.

ЛИТЕРАТУРА

1. Mackenzie W. A practical treatise on the diseases of the eye. 3. London: Longmans; 1840
2. Elschinig A. Studies on sympathetic ophthalmia, II: the antigenic effect of eye pigments // Graefe's Archive of Clinical and Experimental Ophthalmology, 1910, V.3, pp. 365–456
3. Arevalo J.F., Garcia R.A., Al-Dhibi H.A. et al., Update on sympathetic ophthalmia // Middle East - African Journal of Ophthalmology, 2012, v.19(1), p.13-21.
4. Guzman-Salas P.J., Serna-Ojeda J.C., Guinto-Arcos E.B. Characteristics of sympathetic ophthalmia in a single international center // Open Ophthalmology Journal, 2016, v.10, p.154-159.
5. Lubin J.R., Albert D.M., Weinstein M. Sixty-five years of sympathetic ophthalmia: A clinicopathologic review of 105 cases (1913-1978) // Ophthalmology, 1980, V.87, pp. 109–121.
6. Goto H., Rao N.A. Sympathetic ophthalmia and Vogt-Koyanagi-Harada syndrome // International Ophthalmology Clinics, 1990, V.30, pp. 279–285
7. Davis J.L., Mittal K.K., Freidlin V. et al. HLA associations and ancestry in Vogt-Koyanagi-Harada disease and sympathetic ophthalmia // Ophthalmology, 1990, v.97(9), p.1137-1142.
8. Wang Y., Chan C.C. Gender differences in Vogt-Koyanagi-Harada disease and sympathetic ophthalmia // Journal of Ophthalmology, 2014, p.157-158.
9. Makley T.A. Jr, Azar A. Sympathetic ophthalmia. A long-term follow-up // Archives of Ophthalmology, 1978, V.3(2), pp. 257–262.
10. Marak G.E. Jr. Recent advances in sympathetic ophthalmia.// Survey of Ophthalmology, 1979 V.3(3), pp.141–156
11. Lewis M.L., Gass J.D.M., Spencer W. H. Sympathetic uveitis after trauma and vitrectomy // Archive of Ophthalmology, 1978, v.96, p.263.
12. Smith R.S., Webb R., Van Heuven W.A.J. Sympathetic ophthalmia as a complication of pars plana vitrectomy // Perspectives of Ophthalmology, 1978, v.2, p.117.
13. Cantrill H.L. Sympathetic uveitis following vitrectomy for retinal detachment // In Okun E. and Johnson P. eds.: Proceedings of the Paul Cibis Club. St. Louis, Paul Cibis Club, 1979, p.95.
14. Gass J.D. Sympathetic ophthalmia following vitrectomy // American Journal of Ophthalmology 1982, v.93, p.552-558.

15. Haruta M., Mukuno H., Nishijima K. et al. Sympathetic ophthalmia after 23-gauge transconjunctival sutureless vitrectomy // *Clinical Ophthalmology*, 2010, v.4, p.1347–1349.
16. Kilmartin D.J., Dick A.D., Forrester J.V. Prospective surveillance of sympathetic ophthalmia in the UK and Republic of Ireland // *British Journal of Ophthalmology*, 2000, v.84(3), p.259–263.
17. Kilmartin D.J., Dick A.D., Forrester J.V. Sympathetic ophthalmia risk following vitrectomy: should we counsel patients? // *British Journal of Ophthalmology*, 2000, v.84(5), p.448–449.
18. Alkin Z., Demir G., Topcu H. et al. Surgical outcomes of Pars Plana Vitrectomy for recurrent retinal detachment in eyes previously treated with Pars Plana Vitrectomy or Scleral Buckling // *Journal Franchais D'Ophthalmologie*, 2019, v.42(2), p.146-152.
19. Kwon O.W., Song J.H., Roh M.I. Retinal Detachment and Proliferative Vitreoretinopathy // *Developments in Ophthalmology*, 2016, v.55, p.154-162.
20. Bergua A., Mardin C., Holbach L. et al. Sympathetic ophthalmia following repeated pars plana vitrectomy: Clinical findings and spectral domain OCT follow-up // *Ophthalmology*, 2017, v.114(5), p.466-469.
21. Sharp D.C., Bell R.A., Patterson E. et al. Sympathetic ophthalmia. Histopathologic and fluorescein angiographic correlation // *Archives of Ophthalmology*, 1984, v.102(2), p.232-235.
22. Dell'Arti L., Barteselli G., Invernizzi A. et al. Morphological Appearance of Type III Dalén-Fuchs Nodules by SD-OCT // *Retina*, 2017, v.37(5), p.48-49.
23. Savar A., Andreoli M.T., Kloek C.E. et al. Enucleation for open globe injury // *American Journal of Ophthalmol.*, 2009, v.147(4), p.595–600.
24. Bilyk J.R. Enucleation, evisceration, and sympathetic ophthalmia // *Current Opinions in Ophthalmology*, 2000, V. 3(5), pp.372–386
25. Winter F.C. Sympathetic uveitis; a clinical and pathologic study of the visual result // *American Journal of Ophthalmology*. 1955, V. 3(3), pp.340–347.
26. Кацнельсон А.Б. О некоторых вопросах клиники симпатической офтальмии // *Вестник офтальмологии*. 1941; 28 (5): 467–477.
27. Косина Е.Г. Симпатическая офтальмия // *Труды Госуд. центр. института офтальмологии им. Гельмгольца*. Москва; 1940: 203–1528.
28. Winter F.C. Sympathetic uveitis: a clinical and pathological study of the visual result // *American Journal of Ophthalmology*, 1955; 39 (3): 340–347.
29. Bellan L. Sympathetic ophthalmia: a case report and review of the need for prophylactic enucleation // *Canadian Journal Ophthalmology*, 1999, V. 34, pp. 95–98
30. Kilmartin D.J., Dick A.D., Forrester J.V. Prospective surveillance of sympathetic ophthalmia in the UK and Republic of Ireland // *British Journal of Ophthalmology*, 2000, V. 84, pp. 259–263.
31. Nussenblatt R.B., Palestine A.G., Chan C.C. Cyclosporin A therapy in the treatment of intraocular inflammatory disease resistant to systemic corticosteroids and cytotoxic agents // *American Journal of Ophthalmology*, 1983, V.96, pp. 275–282.
32. Tessler HH, Jennings T. High-dose short-term chlorambucil for intractable sympathetic ophthalmia and Behcet's disease // *British Journal of Ophthalmology*, 1990, V.74, pp.353–357.

Kərimov M.İ., Rüstəmbəyova G.R.

RESIDIVLƏŞƏN TORLU QIŞANIN QOPMASINA GÖRƏ APARILAN TƏKRAR VITREKTOMİYALARDAN SONRA YARANAN SIMPATİK OFTALMIYA

Akad. Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzi, Bakı şəh. Azərbaycan

Açar sözlər: *simpatik oftalmiya, pars plana vitrektomiya, torlu qişa qopmasının sesidivi*

XÜLASƏ

Simpatik oftalmiya göz almasının dəlib-keçən yaralanmadan və ya cərrahi əməliyyatdan sonra yaranan bilateral qranulematoz uveit ilə xarakterizə olunan nadir xəstəlikdir. Məqalədə vitrektomiya əməliyyatından sonra əmələ gələn simpatik oftalmiya kliniki halı təsvir olunur. Milli Oftalmologiya Mərkəzinə yüksək dərəcəli miopiya və

sağ gözdə nəhəng yırtıq ilə torlu qişanın reğmatogen qopması ilə 33 yaşlı qadın xəstə müraciət edib. Xəstədə pars plana vitrektomiya və silikon tamponadası cərrahi əməliyyatı aparılıb. Ama xəstədə torlu qişanın tam yerinə oturmaması baş vermiş, və əlavə əməliyyatlar tələb olunmuşdur. Son anatomik effekt – torlu qişanın tam yerinə oturmaması yalnız üçüncü əməliyyatdan sonra nail olundu. Sonuncu əməliyyatdan 6 ay sonra xəstədə əməliyyat olunmuş gözdə uveit aşkar olunmuş və yerli iltihab-əleyhinə müalicə aparılmışdır. Bundan 4 ay sonra isə xəstə obiri gözdə görmənin dumanlanması şikayət etməyə başlamışdır ki, o gözdə də uveit aşkar olunmuşdur. Ön kamerada hüceyrə reaksiyasından başqa hər iki gözdə multifocal xorioretinit və torlu qişanın periferiyasında Dalen-Fuchs tipli ocaqlar aşkar olunmuşdur. Flüoressein angiografiyası və optic koherent tomoqrafiya da aparılmışdır.

Xüsusi anamnez, kliniki göstəricilərə əsasən xəstədə simpatik oftalmiya diaqnozu qoyulmuş, ümumi və yerli steroid müalicəsi aparılmışdır. 4 ay sonra müalicəyə sitostatik Ciklosporin 100 mg əlavə olunmuşdur.

Yekun

Simpatik oftalmiya gözdaxili əməliyyatlardan, əsasən vitrektomiyadan sonra gözlənilən bir fəsaddır.

Karimov M.I., Rustambayova G.R.

SYMPATHIC OPHTHALMIA AFTER REPEATED VITRECTOMIES FOR RECURRENT RETINAL DETACHMENT

National Centre of Ophthalmology acad. Zarifa Aliyeva, Baku, Azerbaijan

Key words: *sympathetic ophthalmia, pars plana vitrectomy, relapse of retinal detachment*

SUMMARY

Sympathetic ophthalmia is a rare disease characterized by bilateral granulomatous uveitis associated with trauma or surgery in one eye. This article describes the clinical case of sympathetic ophthalmia that occurs after vitrectomy. A 33-year-old patient came to the National Ophthalmology Centre with high myopia and regmatogenous retinal detachment with a giant retinal tear in her right eye. The patient underwent pars plan vitrectomy with tamponade of the vitreous cavity with silicone oil. However, the patient recurred retinal detachment twice within 2 months, and additional operations were required. The final anatomical success – retinal attachment was achieved after three operations. 6 months after the last operation, the patient was diagnosed with uveitis on the operated eye, local anti-inflammatory treatment was prescribed. After another 4 months the patient began to complain of blurred vision in the other eye. Uveitis was also diagnosed in that eye. In addition to the cell reaction of the anterior chamber, multifocal chorioretinitis was revealed in both eyes, with Dalen-Fuchs foci in the periphery of the retina. FFA and OCT were performed.

Based on the anamnesis and clinical findings, the patient was diagnosed Sympathetic ophthalmia and systemic and local steroid therapy was carried out, with the inclusion of the cytostatic Cyclosporin 4 months later.

Conclusion

Sympathetic ophthalmia is an expected complication of penetrating ophthalmic surgery, especially vitrectomy.

Для корреспонденции:

Рустамбекова Гюнай Рустам кызы, старший лаборант отдела глазных осложнений сахарного диабета и витреоретинальной хирургии Национального Центра Офтальмологии имени акад. Зарифы Алиевой

Адрес: AZ1000, г.Баку, ул. Джавадхана, 32/15.

Тел.: (99412) 569-91-36, (99412) 569-91-37

E-mail: oftal.jurnal@eye.gov.az