

VİTREOFOVEOLYAR TRAKSİYANIN SPONTAN AYRILMASI (KLİNİKİ HAL)

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

Açar sözlər: vitreomakulyar traksiya sindromu, spektral optik koherens tomoqrafiya, makulyar ödem, makulyar yırtıq

Son 10 ildə vitreomakulyar interfeys xəstəliklərinin patofiziologiyasının anlaşılması optik koherens tomoqrafiyanın (OKT) geniş istifadəsi sayəsində əhəmiyyətli dərəcədə artmışdır. Belə ki, alınan nəticələr konservativ və ya cərrahi müalicə üçün seçim etməyə imkan verir.

Vitreomakulyar interfeysi şüşəvari cismin arxa hialoid membranı (AHM) ilə torlu qişanın müllər hüceyrələrinin uc çıxıntılarının formalaşdığı daxili hüdudi membran (DHM) qatı arasındakı ekstrasetellular matriks əmələ gətirir [1, 2]. Normada yaşla əlaqədar şüşəvari cisim sinerezisi və sinxizisi nəticəsində onun korteksi daxili hüdudi membrandan ayrılır və bu proses AHM-nin ayrılması adlanır. Əgər AHM tam olaraq ayrılmayıbsa, bu proses anormal gedir. Belə ki, bu zaman OKT-də AHM-nin perifoveal olaraq ayrılması və ancaq foveada bitişik qalması qeyd olunur [3]. Əgər bu bitişiklik makulanın daxili qatlarında dəyişikliyə səbəb olursa vitreomakulyar adheziya (VMA), makulanın daxili qatlarında dəyişikliyə səbəb olursa vitreomakulyar traksiya (VMT) adlanır. Əgər şüşəvari cisim daha fokal olaraq ancaq fovea nahiyəsində yapışmış qalırsa, bu vitreofoveal traksiya sindromu adlandırılır. VMT həm sərbəst, həm də digər torlu qişa xəstəlikləri ilə birlikdə rast gəlinə bilər.

VMT sindromu diqnozunu qoymaq üçün heç olmasa bir OKT müayinəsində aşağıdakı əlamətlər olmalıdır: perifoveal sahədə AHM-nin ayrılması və qalxması, foveadan mərkəzi 3 mm radiusda davamlı AHM-nin yapışması, AHM ilə torlu qişanın daxili səthi arasında iti bucaq, foveal kontur və torlu qişanın morfolojiyasında dəyişikliklər (foveal səthin pozulması, psevdokist formalaşması kimi intraretinal dəyişikliklər, retinal pigment epitelində foveanın elevasiyası) və torlu qişanın bütün qatlarını əhatə edən dağılma[4].

VMT sindromunun OKT-yə əsaslanan təsnifatı: məhdud, geniş, kombinə və izlənilmiş[4].

VMT sindromu zamanı pasiyentlərin subyektiv şikayətləri: bulanıq və azalmış görmədən, mikropsiyadan, skatomanın olmasından, metamorfopsiyadan, gündəlik fəaliyyətdə çətinliklərdən ibarət olur. Adətən bu simptomlar tədricən əmələ gəlir, lakin qəflətən də olması mümkündür[5,6].

VMT sindromunun müalicəsi:

1. Müşahidə - bu zaman heç bir müalicə aparılmır, xəstə nəzarətə götürülür. Bu mərhələdə spontan olaraq AHM-nin ayrılması və yaranmış OKT dəyişikliklərinin və görmə funksiyalarının bərpası müşahidə oluna bilər [6]. Əgər tam qat makula dəliyi varsa, nadirən spontan olaraq bağlanır və cərrahi müdaxiləyə ehtiyac olmur.
2. Konservativ - yəni enzim preparatları vasitəsilə vitreolizis. Bu zaman şüşəvari cisim boşluğuna vitreoretinal interfeys zülallarına qarşı proteolitik aktivlik göstərən Ocriplazmin (mikroplazmin) preparatı yeridilir [6].
3. Cərrahi – əgər tam qat macula dəliyi varsa, yırtıq nadirən (3-11%) spontan olaraq bağlanır və cərrahi müdaxilə - pars plana vitrektomiyaya ehtiyac yaranır [7].

Təqdim etdiyimiz məqalədə iki kliniki hal təhlil olunur.

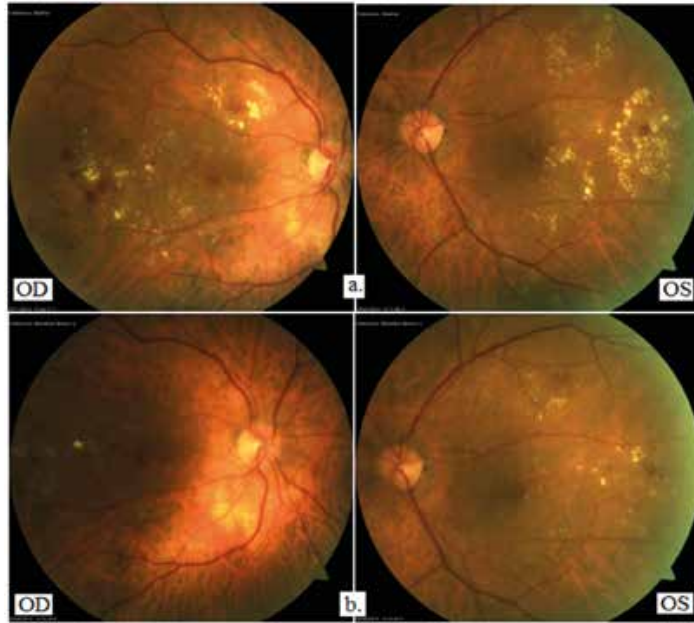
Birinci kliniki hal: 1943-cü il təvəllüdü xəstə C.M.-ya aiddir. Xəstə ilk dəfə 2008-ci ildə akad. Z. Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzinin Şəkərli diabetin göz fəsadları və vitreoretinal cərrahiyyə şəbəkəsinə müraciət etmişdir. Aşağıdakı müayinə üsulları aparılmışdır: vizometriya, tonometriya, yarıqlı lampa vasitəsilə göz dibinin biomikroskopiyası, göz dibinin rəngli fundus fotoqrafiyası, OKT (Cirrus Spectral OCT 5000, Carl Zeiss, Germany).

Müayinələr nəticəsində: Vis OD=0.1 korreksiya ilə 0.3; Vis OS=0.8 korreksiya etmir; GDT OU= 18,3 mm.c.st.

Xəstəyə OU-qeyri proliferativ diabetik retinopatiya, fokal kistoz makulyar ödem diaqnozu qoyulmuş və hər iki gözündə fokal lazer koagulyasiyası aparılmışdır.

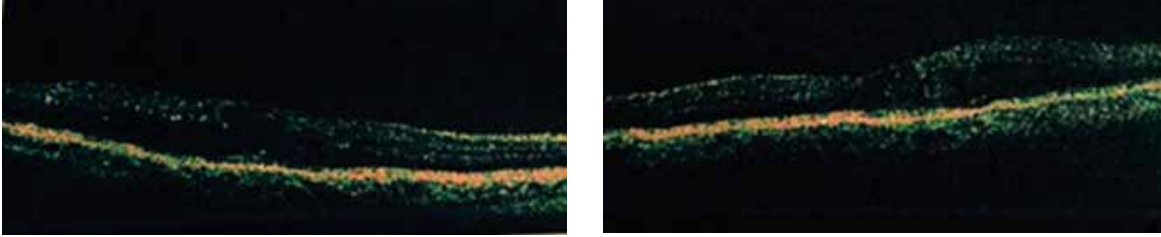
Biomikroskopiyaya zamanı göz dibində aşkar edilən dəyişikliklər şəkil 1-də təsvir edilmişdir.

Şək.1a-dan görüldüyü kimi hər iki gözdə makulyar nahiyədə çoxsaylı sətir eksudatları, mikrohemorragiya, mikroanevrizmalar və fokal ödem qeyd edilir. Şəkil 1b-də isə sətir eksudatlarının və mikrohemorragiyaların geri sorulması, mikroanevrizmaların repressi müşahidə olunur.



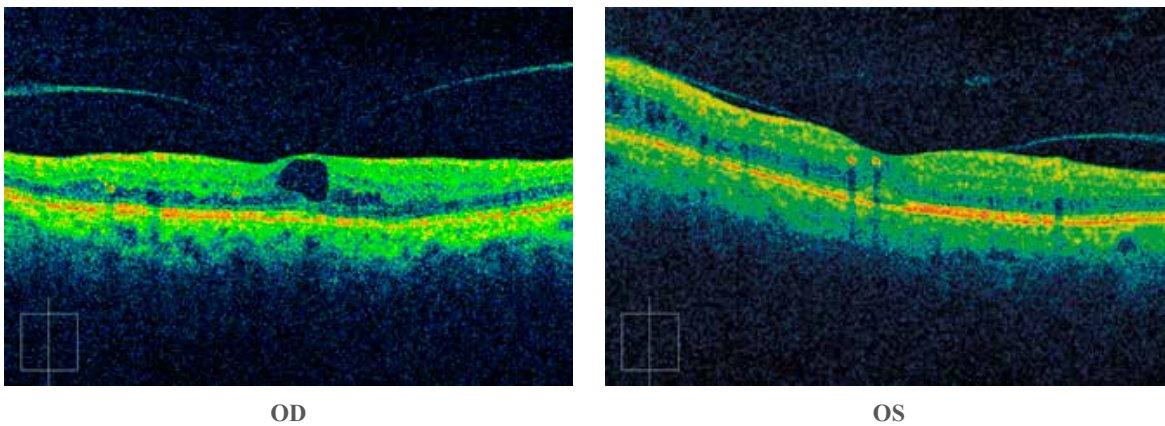
Şək. 1. a. Fokal lazerkoagulyasiyadan əvvəl və b. Fokal lazerkoagulyasiyadan sonra göz dibinin fundus fotoqrafiyası

Birinci müraciət zamanı OKT müayinəsində hər iki gözdə makulyar zonada kistoz boşluqlar və sərt eksudatlar qeyd edilmişdir (Şək. 2).



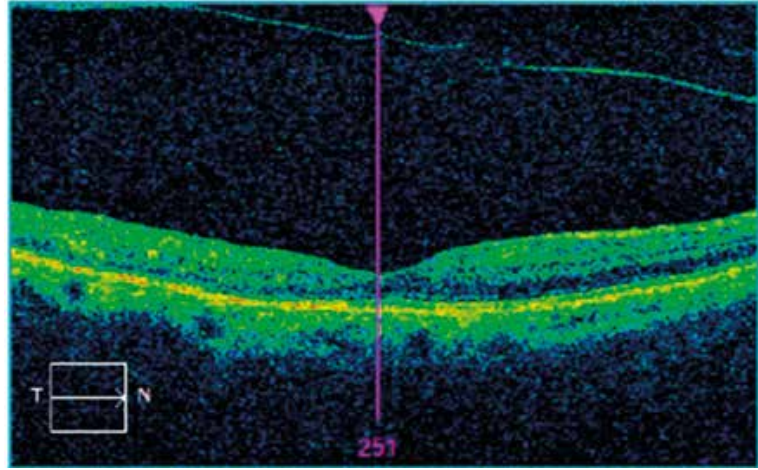
Şək. 2. Birinci müraciət zamanı hər iki gözün OKT müayinəsi

Xəstə növbəti dəfə 2012 ci ildə sağ gözün görməsinin azalması şikayəti ilə yenidən müraciət etmiş və müayinələr nəticəsində aşkar edilmişdir: VİS OD=0.3 korreksiya etmir; VİSOS=0.5 korreksiya etmir. Xəstəyə təkrar OKT müayinəsi aparılmışdır (Şək. 3).



Şək. 3. Təkrar OKT müayinəsində: OD AHM-nın lokal adheziyası ilə bağlı vitreofoveal traksiya və traksiyaya bağlı kistoz makulyar ödem; OS AHM-nın lokal adheziyası, intraretinal sərt eksudatlar və neyroepitelin kiçik seroz qopması qeyd edilir

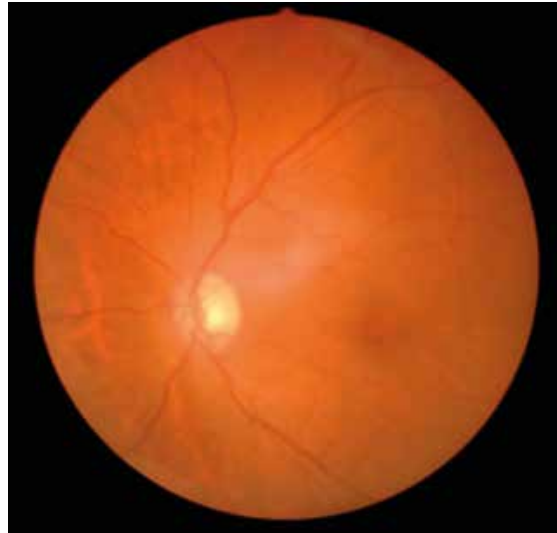
Xəstə nəzarətə götürüldü. 6 ay sonra təkrar müayinə zamanı xəstənin sağ gözündə görməsi artmışdır: Vis OD=0.5 korreksiya etmir. OKT müayinəsində AHM-nin spontan olaraq ayrılması və kistoz ödem sorulmuşdur (Şək. 4).



Şək.4. Təkrar OKT müayinəsində AHM ayrılmış, kistoz ödem sorulmuşdur

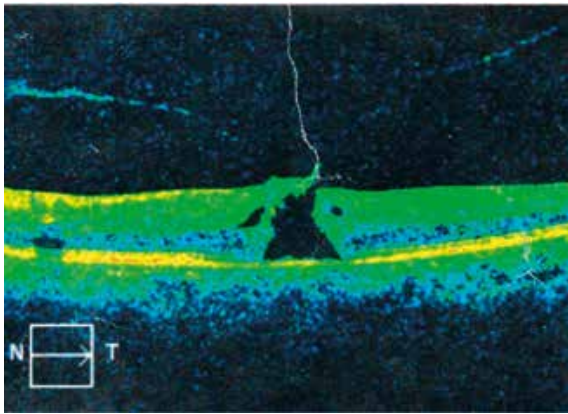
İkinci kliniki hal: 1950-ci il təvəllüdlü V.Ş.-yə aiddir. Xəstə 2016-cı il iyun ayında sol gözün görməsinin kəskin zəifləməsi və metamorfopsiya şikayəti ilə müraciət etmişdir. Xəstədə, həmçinin aşağıdakı müayinə üsulları aparılmışdır: vizometriya, tonometriya, yarıqlı lampa vasitəsilə göz dibinin biomikroskopiya, göz dibinin rəngli fundus fotoqrafiyası, OKT.

Müayinə zamanı: Vis OD=0.8 korreksiya ilə 0.9; Vis OS=0.2 korreksiya ilə 0.4. Biomikroskopiya zamanı xəstənin hər iki gözündə başlanğıc kortikal katarakta aşkar edilmişdir. Göz dibinin biomikroskopiya zamanı foveal refleksin pozulması, makulanın perifoveolyar zona səviyyəsində qalınlaşması və foveada sarımtıl ləkə qeyd olunur (Şək. 5).

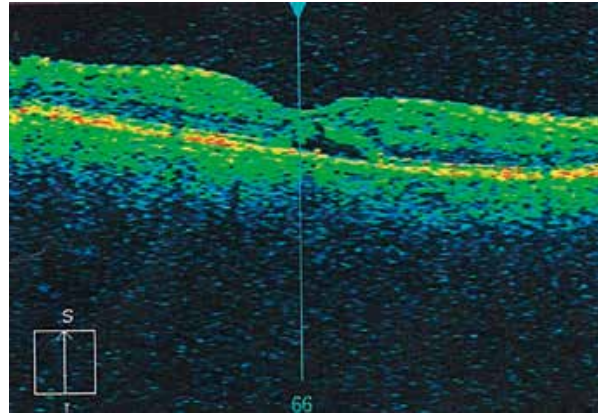


Şək.5. Göz dibinin rəngli fundus fotoqrafiyası

Aparılan spektral OKT müayinəsi zamanı xəstənin sol gözündə AHM-a bağlı vitreofoveal traksiya və makulyar yırtıq aşkar edilmişdir (Şək. 6).



Şək.6. Sol gözdə spectral optic koherens tomoqrafiyası



Şək.7. Üç ay sonra sol gözdə OKT müayinəsi

Xəstəyə kataraktanın fakoemulsifikasiyası+IOL implantasiyası+Pars plana vitrektomiya+DHM-nın soyulması və qaz tamponadası əməliyyatı məsləhət olundu. Xəstə əməliyyatı bir müddət ləngitməyi qərar verdi. Sonrakı müddətdə görmənin tədricən artmasını hiss etmiş və 29.09.2016 tarixində yenidən müraciət etmişdir. Bu zaman OKT-də AHM-nın tam ayrılması və makulyar yırtığın spontan bağlanması qeyd edilmişdir (Şək. 7).

Yekun

Təqdim olunan kliniki hallardan göründüyü kimi vitreofoveolyar traksiyon sindrom ilə müşayiət olunan traksiyaya bağlı makulyar ödem və makulyar yırtıq, sonrakı müşahidələrdə traksiyanın spontan ayrılması, ödem geri sorulması və yırtığın bağlanması nəticəsində, torlu qişanın makulyar sahəsinin konfigurasiyasının normaya qayıtması və görmə funksiyalarının artması ilə nəticələnə bilər. Müşahidədə saxlamaqla prosesin geri inkişaf etmə ehtimalının olması, cərrahi əməliyyatın təcili aparılma ehtiyacını azaltmağa imkan verir.

ƏDƏBİYYAT:

1. Kohno T., Sorgente N., Ishibashi T. et al. Immunofluorescent studies of fibronectin and laminin in the human eye // *Invest. Ophthalmol. Vis. Sci.*, 1987, v.28(3), p.506–514.
2. Ponsioen T.L., Van Luyn M.J., Van der Worp R.J. et al. Collagen distribution in the human vitreoretinal interface // *Invest. Ophthalmol. Vis. Sci.*, 2008, v.49(9), p.4089–4095.
3. Reese A.B., Jones I.S., Cooper W.C. Vitreomacular traction syndrome confirmed histologically // *Am. J. Ophthalmol.*, 1970, v.69(6), p.975–977.
4. Duker J.S., Kaiser P.K., Binder S. et al. The International Vitreomacular Traction Study Group Classification of Vitreomacular Adhesion, Traction, and Macular Hole // *Ophthalmology*, 2013, p.1–9.
5. Stalmans P., Duker J.S., Kaiser P.K. et al. Oct-based interpretation of the vitreomacular interface and indications for pharmacologic vitreolysis // *Retina*, 2013, v.33(10), p.11. doi: 10.1097/IAE.0b013e3182993ef8.
6. Bottós J., Elizalde J., Arevalo J.F. et al. Vitreomacular traction syndrome // *J. Ophthalmic Vis. Res.*, 2012, v.7(2), p.148–161.
7. McDonald H.R., Johnson R.N., Schatz H. Surgical results in the vitreomacular traction syndrome // *Ophthalmology*, 1994, vol. 101(8), p. 1397–1402.

Керимов М.И., Гаджиев Р.В., Алиев Х.Д., Алиева Т.А.

СПОНТАННОЕ РАЗРЕШЕНИЕ ВИТРЕОФОВЕОЛЯРНОЙ ТРАКЦИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

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

Ключевые слова: витреомакулярный тракционный синдром, витреомакулярный интерфейс, задняя отслойка стекловидного тела

РЕЗЮМЕ

Витреофовеолярный тракционный синдром представляет собой хроническое состояние, связанное с неполной задней отслойкой стекловидного тела и преретинальной пролиферацией, которые вызывают тракционную деформацию и механическое натяжение макулы. В статье представлены два клинических случая. В обоих случаях было отмечено спонтанное развитие витреофовеолярной тракции, подтвержденной с помощью оптической когерентной томографии. Как показали клинические случаи, возможность самостоятельной отслойки задней гиалоидной мембраны приводит к устранению витреомакулярной тракции и улучшению витреомакулярного интерфейса в период наблюдения и соответственно снижает необходимость срочного хирургического вмешательства.

Kerimov M.I., Gadjiyev R.V., Aliyev Kh.D., Aliyeva T.A.

SPONTENOUS RESOLUTION OF VITREOFOVEOLAR TRACTION (CLINICAL CASE)

National Centre of Ophthalmology named after acad. ZarifaAliyeva, Baku, Azerbaijan.

Key words: vitreomacular traction syndrome, posterior hyaloid membrane, vitreomacular interface

SUMMARY

Vitreofoveolar traction syndrome is a chronic condition associated with incomplete posterior vitreous detachment and preretinal proliferation, which cause traction deformation and mechanical tension of the macula. Two clinical cases were described in this article. In both cases, spontaneous development of vitreofoveolar traction was confirmed with the help of optical coherence tomography. As clinical cases have shown, the possibility of independent detachment of the posterior hyaloid membrane leads to the elimination of vitreomacular traction and the improvement of the vitreomacular interface during the observation period and, therefore, reduces the need for urgent surgical intervention.

Korrespondensiya üçün:

Kərimov Müşfiq İsrəfil oğlu, tibb üzrə fəlsəfə doktoru, akad. Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzinin şəkərli diabetin göz fəsadları bölməsinin müdiri.

Hacıyev Rəsim Vahid oğlu, tibb üzrə fəlsəfə doktoru, akad. Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Əliyev Xəlil Dilavər oğlu, tibb üzrə fəlsəfə doktoru, akad. Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzinin vitreoretinal cərrahiyyə bölməsinin müdiri

Əliyeva Tərlan Aydın qızı, akad. Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzinin həkim-rezidenti

Ünvan: AZ 1114, Bakı şəh., Cavadxan küç., 32/15 Tel: (+99412) 569-09-07; (+99412) 569-09-47

E-mail: administrator@eye.az; www.eye.az