

先天性视盘小凹患者临床分析

李 铮, 王 新, 张呈浦, 马新爱

作者单位: (450003) 中国河南省郑州市, 郑州人民医院卓美眼科
作者简介: 李铮, 女, 硕士, 主治医师, 研究方向: 眼底病、屈光不正。

通讯作者: 李铮. wawaliz@163. com

收稿日期: 2011-04-22 修回日期: 2011-06-10

Clinical analysis of patients with congenital optic disc pit

Zheng Li, Xin Wang, Cheng-Pu Zhang, Xin-Ai Ma

Department of Zhuomei Ophthalmology, Zhengzhou People's Hospital, Zhengzhou 450003, Henan Province, China

Correspondence to: Zheng Li. Department of Zhuomei Ophthalmology, Zhengzhou People's Hospital, Zhengzhou 450003, Henan Province, China. wawaliz@163. com

Received: 2011-04-22 Accepted: 2011-06-10

Abstract

• **AIM:** To observe the clinical features of congenital optic disc pit.

• **METHODS:** The clinical data of 8 patients (9 eyes) were retrospectively analyzed. All patients were examined by fundus fluorescein angiography (FFA), optical coherence tomography (OCT) and visual field meanwhile.

• **RESULTS:** On FFA of all patients during the artery period, the optic disc pit presented dark area, which showed that the optic disc pit was hairless and capillary network unfilled. During the later period of FFA, fluorescein seeped from the optic disc pit to surroundings. On OCT the imperfection of sieve tissue on temporal side of optic disc presented dark area which had no reflection and optic disc macula place showed retinal edema. The visual field test showed physiological blind spot extension, bow form or fan-shaped visual field defection and damage connected with physiological blind spot.

• **CONCLUSION:** The application of FFA combined with OCT can make sure to see the sieve tissue imperfection on temporal side of optic disc and further confirm the communication of optic disc pit and macula, which can ensure the diagnosis of this disease. The combing of FFA and OCT can also make dynamic state observation of the development of optic disc pit, which can probably further explain the source of subretinal fluid and the occurrence mechanism of maculopathy.

• **KEYWORDS:** optic disc pit; optical coherence tomography; fundus fluorescein angiography

Li Z, Wang X, Zhang CP, et al. Clinical analysis of patients with congenital optic disc pit. *Guji Yanke Zazhi* (Int J Ophthalmol) 2011;11(8):1469-1470

摘要

目的: 分析先天性视盘小凹的临床特征。

方法: 回顾分析 8 例 9 眼确诊的先天性视盘小凹患者的临床资料。所有患者均行眼底荧光造影 (FFA)、光学相干断层扫描 (OCT) 及视野检查。

结果: FFA 影像均有造影动脉期视乳头凹陷呈暗区, 显示该处无毛细血管网充盈, 造影晚期可见小凹内荧光素向周围渗漏。OCT 显示视乳头颞侧筛板组织缺失呈无组织反射的暗区, 乳头黄斑区视网膜水肿。视野检查示生理盲点扩大以及与生理盲点相连的弓形或扇形视野缺损。

结论: 应用 FFA 结合 OCT 检查能确定视盘颞侧筛板组织缺失, 进一步证实视盘小凹与黄斑区的沟通, 还可以动态观察视盘小凹的发展。

关键词: 视盘小凹; 光学相干断层扫描; 眼底荧光造影

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-5123. 2011. 08. 053

李铮, 王新, 张呈浦, 等. 先天性视盘小凹患者临床分析. 国际眼科杂志 2011;11(8):1469-1470

0 引言

视盘小凹是一种很少见的先天性视神经发育异常, 发病率约为万分之一^[1], 常合并黄斑区视网膜浆液性浅脱离。发病早期患者眼底表现并不典型, 使其诊断比较困难。通过完善各项检查, 综合检查结果可进行定性定量分析而确诊。现将我院近年诊断的一组先天性视盘小凹患者的临床资料回顾分析如下, 以期提高视盘小凹的诊断治疗水平。

1 对象和方法

1.1 对象 选取 2005-01/2010-12 于本院确诊的先天性视盘小凹患者 8 例 9 眼纳入本研究。其中男 6 例 7 眼, 女 2 例 2 眼, 年龄 16~45 (平均 26) 岁。其中因视物模糊而就诊的患者 7 例 8 眼, 视觉无异常因体检发现病变的患者 1 例 1 眼; 合并黄斑部视网膜浆液性脱离患者 5 例 5 眼。

1.2 方法 所有患者均进行常规视力检查; 裂隙灯显微镜眼前段检查; 气动眼压检查; 复方托吡卡胺眼液常规散瞳后直接和间接检眼镜检查; 日本拓普康 Topcon-50LX 眼底荧光造影机进行荧光素眼底荧光造影 (FFA) 检查, 造影前拍摄眼底彩照、黑白眼底像和无赤光眼底像, 造影过程一般观察 15min; 日本拓普康 Topcon 3D OCT-1000 选择线性扫描, 分别以黄斑中心注视点及视盘中心凹为中心, 以 6mm×6mm、分辨率 5μm 的扫描线作为基本检查, 根据病变的具体情况可改变扫描线长度, 每只眼采集 4 幅图像作为图像处理。美国 ZEISS HUMPHREY-750i 分析仪进行中心 (30-2) 视野检查。

2 结果

本组患者中,最佳矫正视力:0.4以下者3眼,0.5~1.0者6眼。9眼眼底均表现为患眼视盘比健眼大,视盘偏颞侧有一略呈椭圆形的深凹陷,边缘较陡峭,血管屈膝状弯曲出视盘颞侧缘,黄斑中心凹反射不清晰。9眼FFA影像均有动脉期视盘凹陷呈暗区,显示该处无毛细血管网充盈,静脉期小凹中有染料外渗,其中5眼造影晚期可见小凹内荧光素向颞侧盘外扩散,边缘模糊,形成一片强荧光,与其他部位后期暗、弱荧光呈鲜明对比。OCT检查示视盘颞侧筛板组织缺失呈无组织反射的暗区,乳头黄斑区视网膜水肿,5眼黄斑区视网膜脱离,其脱离区与视盘小凹裂隙明显相连,3眼伴视网膜外层间劈裂。视野检查示生理盲点扩大以及与生理盲点相连的弓形或扇形视野缺损。

3 讨论

先天性视盘小凹是一种很少见的视盘发育性异常^[2],小凹处的神经组织有局部先天性缺损。多为单侧发病,无明显遗传倾向^[3]。视盘小凹所致的视功能障碍有生理盲点扩大和各种类型的视野缺损。先天性视盘小凹患者视力一般正常,如合并黄斑部浆液性视网膜脱离,则出现视力下降、视物变形。典型改变是视乳头上有境界清晰的凹陷形成,往往在视盘颞侧(约占70%),但也可以见于视盘中央或其他部位。有小凹存在的视乳头常比对侧大。患者常因黄斑部病变导致中央视力下降而就诊。未合并黄斑区病变的患者往往常规眼底检查时才会被发现异常。视盘小凹虽早已存在,但合并黄斑部浆液性脱离则多在成年时(18~35岁)发生。一部分患者视网膜下的液体能自行吸收,但病情可复发。因此,临床上看到有黄斑部视网膜脱离或其他黄斑部改变时,还应当注意观察视盘有无先天性疾患存在。

本研究中,FFA检查显示造影早期由于视盘小凹处无血管而呈低荧光,晚期小凹组织荧光素着染,呈强荧光,在浆液性脱离区可有荧光素积存。OCT检查黄斑囊样水肿和浆液性视网膜脱离^[4];囊样水肿在黄斑束之间更明显,并可伴视网膜外层劈裂;视盘颞侧筛板组织缺失,黄斑区视网膜脱离,并与视盘小凹裂隙相连^[5]。视野改变:常见因视盘小凹神经纤维在盘沿处移位和边沿缺损造成弓形暗点、旁中心暗点和生理盲点扩大等,或因黄斑浆液性脱离引起视野改变,如神经束状弓形暗点。本研究中应用FFA检查发现视盘小凹处及黄斑区的异常荧光,但不能确定小的色素上皮变化。同时应用OCT检查能确定视盘颞侧筛板组织缺失,进一步证实视盘小凹与黄斑区的沟通,且对黄斑区视网膜脱离进行定量分析,加上视野检查的进一步佐证,从而保证了本病的确诊。

完善检查,早期确诊非常重要。确诊后,对于无临床症状的病例可以定期复诊观察;对于合并黄斑浆液性脱离、明显影响视觉效果的病例可行激光光凝治疗,促使渗出液吸收^[6]。也由此可以进一步确认黄斑区视网膜下的液体确实由视盘小凹引起,因为谨慎地在小凹邻近的盘缘外进行光凝,可以封闭液体进入视网膜下的通路。

参考文献

- 1 Shetty NS, Sharma T, Shanmugam MP, *et al* (著). 杨庆松, 卢宁, 张风(译). 眼底荧光血管造影图谱. 北京:人民卫生出版社 2006;301-303
- 2 李凤鸣. 中华眼科学. 北京:人民卫生出版社 2005;2702-2704
- 3 王雅从, 任骞, 李丽, 等. 先天性视盘小凹一家系二例. 中华眼底病杂志 2006;22(6):421-422
- 4 李永, 戴虹, 龙力, 等. 应用OCT观察视盘小凹的特征. 中国实用眼科杂志 2003;21(12):908-909
- 5 刘杏. 眼科临床光学相干断层成像学. 第2版. 广州:广东科技出版社 2007;359-363
- 6 张惠蓉. 眼底病图谱. 北京:人民卫生出版社 2007;187