

色素性青光眼合并睫状体脱离 1例

陈毕峰, 叶应嘉, 张立, 王勇, 张成成

作者单位: (430000) 中国湖北省武汉市, 爱尔眼科集团汉口爱尔眼科医院

作者简介: 陈毕峰, 男, 本科, 主治医师, 研究方向: 白内障、青光眼。

通讯作者: 叶应嘉, 男, 本科, 副主任医师, 研究方向: 白内障。
yeyj7716@yahoo.com.cn

收稿日期: 2011-11-22 修回日期: 2012-01-29

陈毕峰, 叶应嘉, 张立, 等. 色素性青光眼合并睫状体脱离 1 例. 国际眼科杂志 2012; 12(3): 590-591

0 引言

色素播散综合征 (pigment dispersion syndrome, PDS)^[1] 是以虹膜色素上皮受损, 色素颗粒播散并沉着于眼前段为特征的一种疾病。当 PDS 伴有眼压升高才称为色素性青光眼 (pigment glaucoma, PG)^[2]。PG 合并睫状体脱离的临床报告较为罕见, 现我院报告 1 例。

1 病例报告

患者, 男, 59 岁, 主诉“双眼胀痛 1a, 加重 5d”, 于 2010-09-10 就诊于我院门诊。全身体格检查未见明显异常。眼科检查: 右眼裸眼视力 0.1 (-1.5DS/+0.25DC) → 0.15, 左眼裸眼视力 0.02 (-2.0DS) → 0.04; 眼压: 右眼 39mmHg, 左眼 43mmHg; 双眼角膜透明、角膜后可见纺锤状色素沉着、房水闪辉 (+), 中央前房深度约 3.2mm、周边前房深度约 0.8mm; 右眼瞳孔圆, 直径 3mm, 对光反射存在, 左眼瞳孔呈竖椭圆形, 直径 4mm, 对光反射迟钝; 双眼虹膜后陷、无前后粘连、虹膜透照试验 (-); 双眼晶状体、玻璃体轻度混浊。房角镜下查: 双眼宽角、开放, 色素 III ~ IV 级, 可见致密的暗褐色环形色素带, 堵塞小梁网; 双眼晶状体后囊及悬韧带可见色素沉着 (图 1); 眼底检查: 双眼视盘边界清, 色淡, 右眼 C/D = 0.9, 左眼 C/D = 1.0, 黄斑中心凹反光未见 (图 2)。辅助检查: 视野示右眼呈管状, 左眼未测及光敏值 (图 3)。UBM: 双眼前房角开放, 虹膜凹陷, 360° 范围睫状体脱离 (图 4A)。双眼角膜内皮细胞数量及形态正常。诊断: (1) 双眼 PG; (2) 双眼睫状体脱离; (3) 双眼屈光不正。给予缩瞳 (毛果芸香碱滴眼液), 药物降眼压 (曲伏前列腺素、盐酸卡替洛尔滴眼液) 治疗。3d 后复查: 右眼裸眼视力 0.25 (-1.5DS/+0.25DC) → 0.3, 左眼裸眼视力 0.04 (-2.0DS) → 0.05; 眼压: 右眼 8mmHg, 左眼 9mmHg; 双眼角膜透明, 瞳孔药物性缩小, 约 2mm, 余检查同前。遂行双眼 YAG 激光周边虹膜根切术, 手术顺利。1wk 后复查眼压: 右眼 7mmHg, 左眼 8mmHg; UBM 示: 双眼前房角开放, 虹膜凹陷消失, 平直, 睫状体后脱离复位 (图 4B)。继续药物降眼压治疗, 6mo 后随诊复查, 示双眼压稳定于 8 ~ 10mmHg, 双眼视力视野未进一步损害。



图 1 房角镜检查 显示睫状带、巩膜突和小梁网表面全被黑色致密色素所覆盖, 可见 Schwalbe 线前方角膜内壁上的色素颗粒。



图 2 双眼底彩色眼底照相 双眼视盘边清色淡。右眼 C/D = 0.9, 左眼 C/D = 1.0, A/V = 1/2, 静脉轻度迂曲, 黄斑中心凹反光未见。

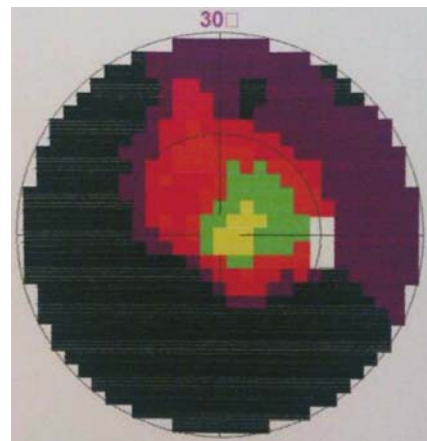


图 3 视野检查图像 显示右眼管状视野, 左眼视野无法查出。

2 讨论

PDS 是以虹膜色素上皮受损, 色素颗粒播散并沉着于眼前段为特征的一种常染色体显性遗传性疾病。当 PDS

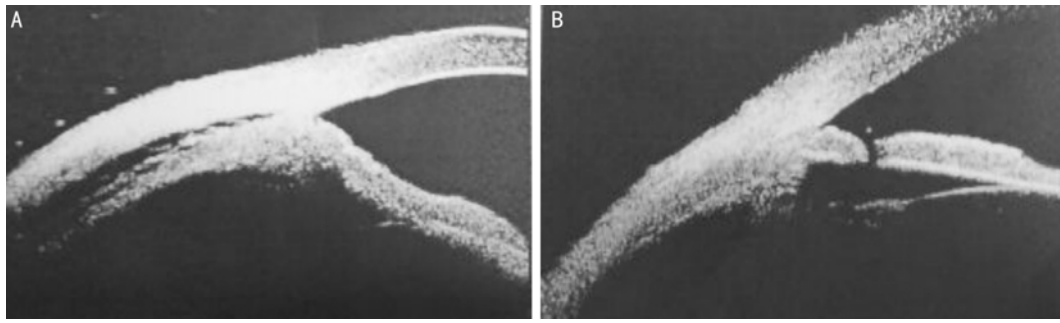


图4 UBM 检查 A:术前房角开放,虹膜后陷,睫状体上腔脱离可呈现睫状肌层间分离及存留液体的低回声图;B:术后 1wk,房角开放,虹膜平直, YAG 激光孔通畅,睫状体复位。

合并有眼压升高才能称之为 PG。PG 是继发性开角型青光眼的一种特殊形式,以 20~50 岁男性多发,其发病机制尚不明确,主要认为是虹膜向后凹陷使其与前部悬韧带接触,瞳孔活动时虹膜与悬韧带的摩擦,导致虹膜色素上皮破坏、脱失,色素沉积于小梁网,色素堵塞房角使房水流出受阻,同时破坏了小梁吞噬细胞的结构和功能,使眼压升高。本例患者双眼轻度近视,深前房,色素性 KP,小梁网浓密、色素沉着,晶状体后囊、悬韧带色素沉着,眼底视神经萎缩,符合 PG 典型表现^[3]。PG 在我国较为少见,PG 合并睫状体脱离的临床报道更为罕见,现我院报道 1 例。很多研究表明,睫状体脱离与低眼压关系密切,但本例患者高眼压状态下合并睫状体的脱离,其发病原因可能与眼压持续升高状态下,睫状体脉络膜血液循环障碍、血管扩张液体渗漏有关^[4]。PG 的治疗原则类似于原发性开角型青光眼,但除常规的降眼压药物控制眼压之外,还需要利用缩瞳剂和 YAG 激光虹膜周边切除术来消除反向瞳孔阻滞,解除虹膜与晶状体悬韧带的摩擦。本例患者确诊之后

给予缩瞳、药物降眼压,以及双眼 YAG 激光周边虹膜切除术后双眼虹膜凹陷消失,睫状体全部复位,效果良好,其主要原因可能是药物控制眼压后减轻了睫状体脉络膜血液循环障碍,再加上缩瞳剂、YAG 激光消除反向瞳孔阻滞,从而促进了脉络上腔积液的吸收而使睫状体脱离复位。PG 临床上容易误诊,需与虹膜色素脱失、葡萄膜炎、小梁网色素增加、前后节黑色素瘤等仔细鉴别,否认会耽误治疗,延误病情。

参考文献

- 1 解正高,庄朝荣,陈放,等. 色素播散综合征合并视网膜脱离和角膜内皮异常一例. 中国实用眼科杂志 2009;23(3):309-310
- 2 李东侃,侯家敏,林春堤,等. 双眼色素性青光眼一例. 中国实用眼科杂志 2007;25(7):717
- 3 阿不都艾则孜,徐晓燕. 色素性青光眼误诊分析. 中国实用眼科杂志 2009;27(10):1208-1209
- 4 Sakai H, Shinjyo M, Shinzato M, et al. Uveal effusion in primary angle-closure glaucoma. *Ophthalmology* 2005;112:413-419