

视网膜大动脉瘤报告 1 例

张愉,王婧,唐红

作者单位:(710054)中国陕西省西安市,武警陕西总队医院眼耳鼻喉科

作者简介:张愉,女,学士,主治医师,研究方向:视网膜及视神经疾病。

通讯作者:张愉.zhangyuyu2008@hotmail.com

收稿日期:2011-12-06 修回日期:2012-05-02

张愉,王婧,唐红.视网膜大动脉瘤报告 1 例.国际眼科杂志 2012;12(6):1220

0 引言

视网膜大动脉瘤又称获得性视网膜动脉瘤或孤立性视网膜大动脉瘤,属于临床少见的眼底疾病,是在视网膜动脉壁上呈纺锤型或梭型的血管瘤样膨胀^[1]。早期患者一般无任何不适,所以不易被发现,直到当瘤体突然破裂出血,引起视力下降时才来就诊。因此进行眼底荧光素血管造影(fundus fluorescence angiography, FFA)以及吲哚菁绿血管造影(indocyanine green angiography, ICGA)检查,是避免误诊或漏诊的金指标,现报告病例并分析如下。

1 病例报告

患者,谢XX,65岁,女,因“左眼视力突然下降5h”入院,既往无眼病病史,高血压病史10a,长期口服药物控制,血压控制欠稳定。眼科检查:视力:右眼:0.8,左眼:指数/30cm,矫正视力:不提高。眼压:右眼:15mmHg,左眼:14mmHg。双眼结膜无充血,角膜透明,KP(-),房水清,瞳孔等大正圆,直径3mm,对光反应存在。双眼晶状体轻度混浊,玻璃体点线状混浊。眼底:左眼视盘边界清,色淡红,视网膜血管A:V=1:2,动脉反光增强,颞上视网膜动脉下方可见大片视网膜前出血及视网膜下出血,还可见多处视网膜浅层出血,黄斑受累;右眼底无异常。FFA:左眼动脉期颞上分支动脉迂曲,局部片状出血遮蔽背景荧光及部分视网膜血管约2PD,波及黄斑区,晚期该处有荧光素渗漏。ICGA:视网膜动脉充盈时,颞上分支动脉主干上有一局灶性瘤样高荧光,与动脉壁相连,并持续不褪,晚期瘤体染色。诊断:左眼视网膜大动脉瘤。治疗给予激光光凝出血区(激光参数采用光斑直径200 μ m),避开中心凹区和高荧光的瘤体,同时静脉给予止血凝酶2U治疗。出院时患者左眼视力为0.06。嘱患者门诊随诊,待复查见出血基本吸收,瘤体显露时,再采用光斑直径100 μ m光凝瘤体周围。

2 讨论

视网膜中央动脉除主干外,组织学上均属于小动脉。而本病是指肿瘤发生在视网膜中央动脉2~3级的大分支,体积较大,故称为大动脉瘤。可与糖尿病性视网膜病变,视网膜中央静脉阻塞等所见的微动脉瘤区别。视网膜大动脉瘤发病机制尚不清楚,多认为高血压、动脉硬化等原因使动脉壁内平滑肌细胞变性、变薄、纤维化,受损严重的管壁扩张膨大所致^[1]。由于瘤体所处的动脉壁破坏,使血液外漏或外渗,造成瘤体周围程度不同的出血、渗出和视网膜水肿。视网膜大动脉瘤病变可分为3期^[2]:初期为

稳定期,眼底除动脉瘤外,无其他症候;2期为代偿期,瘤壁及周围毛细血管扩张,血浆漏出;3期为愈合期,此时动脉瘤机化萎缩。大动脉瘤的临床表现各种各样,患者可因为黄斑水肿导致视力逐渐下降,也可因玻璃体积血导致视力急剧下降,更有一些患者并无临床症状,仅在查体时被偶尔发现。还有一些病例伴有微血管病变,如毛细血管扩张,无灌注或微动脉瘤等。临床报道视网膜大动脉瘤多为单侧,也有10%为双侧^[3],在临床诊疗中我们有时会因对侧眼无症状而忽略对侧眼底的检查,这点应引起警惕,对于单眼确诊为视网膜大动脉瘤的患者,另外1眼我们也应足够重视,要仔细散瞳检查,同时对于FFA也应仔细分析另外1眼情况。

FFA检查是确诊视网膜大动脉瘤必不可少的方法,典型的视网膜大动脉瘤FFA表现是动脉期瘤体的梭形囊状强荧光,晚期则可见瘤体壁组织染色及轻度渗漏^[1]。但当大动脉瘤出血量大,FFA表现为遮蔽荧光时,大动脉瘤则不能显影,浓厚的出血会在视网膜内遮挡形成低荧光,给诊断带来极大困扰。而ICGA则能透过出血显示瘤体状态,而且ICG染料具有分子量大、蛋白结合率高的特点,使得ICG不易从瘤体中渗漏出来,故而可以利用它来显示瘤体形态和大小,所以ICGA在诊断视网膜大动脉瘤时具有强大的优势,是FFA必要的补充,极大提高了本病的确诊率。本病因其临床表现的多样性,使得眼底的表现也呈现多样化,构成了易于误诊的临床基础,本病需要与老年性黄斑变性、视网膜静脉阻塞、恶性肿瘤等疾病相鉴别,尤其是老年性黄斑变性:大动脉瘤破裂出血及渗出发生在黄斑区时极易被误诊为老年性黄斑变性,但通过ICGA可发现大动脉瘤的瘤样强荧光与老年性黄斑变性脉络膜新生血管的花环样强荧光形态不同,且大动脉瘤生长在大动脉干上,而脉络膜新生血管则不会如此。

本病治疗争议颇多,由于大动脉瘤部分病例有自行消退的可能,故业内人士大都认为可以不必急于治疗稳定期病变。但是近年来,有不少学者认为慢性渗出侵入黄斑,威胁中心凹或瘤体反复出血且量多时,尽早光凝为妙,可直接光凝瘤体或/和周围视网膜^[4]。还有报道指出为减少出血对视网膜的毒性作用,对伴有广泛黄斑部视网膜前或视网膜下出血的患者采用玻璃体切割手术或联合光凝治疗,取得了较好疗效^[5,6]。

总而言之,患者就诊后一旦怀疑为视网膜大动脉瘤者,除了全面仔细的进行双眼眼底检查外,应及时进行FFA及ICGA,并缜密分析所得到的临床资料,做好鉴别诊断及临床分期。一经确诊,是否治疗,采取怎样的方式治疗,应该具体病情具体分析,掌握好适应证。

参考文献

- 1 黄叔仁,张晓峰.眼底病诊断与治疗.第2版.北京:人民卫生出版社 2008:346
- 2 李凤鸣.眼科全书.北京:人民卫生出版社 1996:2395
- 3 陈有信.视网膜大动脉瘤.中华眼科杂志 2010;7:89
- 4 许红霞,梅研.视网膜大动脉瘤的激光治疗.中外医疗 2007;43(1):76
- 5 Zhao P, Hayashi H, Oshima K, et al. Vitrectomy for macular hemorrhage associated with retinal arterial macroaneurysm. *Ophthalmology* 2000;107:613-617
- 6 Hoh H, Palmowski A. Central subretinal hemorrhage from a retinal arterial macroaneurysm—two-step treatment with laser and vitreoretinal surgery. *Doe Ophthalmol* 1994;88:11-12