

Názov prednášky: Kazuistika ivt liečby vlhkej formy VPDM a DEM v kombinácii s poruchou vitreomakulárneho rozhrania.

Autori: Ondrejková M., Gajdošová M

OFTAL s.r.o, Špecializovná nemocnica v odbore oftalmológia, Zvolen

Súhrn:

Cieľ: Rozhodovací proces liečby vlhkej formy VPDM a DEM pri súčasnom výskyte poruchy vitreomakulárneho rozhrania.

Metodika: Kazuistika pacientov so súčasným výskytom vlhkej formy VPDM a DEM s poruchou vitreomakulárneho rozhrania. Pacienti boli liečení ivt antiVEGF a zároveň aj chirurgickou liečbou.

Kazuistika č.1: 83 ročný pacient s epiretinálnou membránou a vlhkou formou VPDM obojstranne, pokročilejšou vpravo a začínajúcou vľavo.

Prvý krát vyšetrený u nás v máji 2015. NKZO vpravo NKZO 0,2, 50P ETDRS, vľavo 0,3, 50P ETDRS. Na OCT vpravo adherujúca epiretinálna membrána (EM), cysticky zmenené vnútorné vrstvy sietnice a ablácia neuroepitelu (NED) s CRT 604/602 um, vľavo adherujúca EM s incipientným cystickým presiaknutím vonkajších vrstiev sietnice a malou NED s CRT 440/393 um.

Rozhodli sme sa zahájiť antiVEGF liečbu iniciálnou dávkou s následnou chirurgickou intervenciou, na oku s pokročilejšou SRNV vpravo a chirurgickú liečbu s následnou antiVEGF liečbou s na oku so začínajúcou SRNV vľavo. Po chirurgickej intervencii pacient pokračoval na oboch očiach v anti VEGF liečbe afliberceptom, v súlade s SPC.

Po roku liečby došlo u pacienta vpravo ku zlepšeniu NKZO na 0,32, 59P (+9P) ETDRS a zlepšeniu CRT 416/416 um pri pretrvávajúcej aktivite SRNV (cysty, NED). Vľavo došlo ku zlepšeniu NKZO na 0,63, 73P (+23P) ETDRS a zlepšeniu CRT 338/415 um, pri minimálnom pretrvávajúcej aktivite na OCT (NED).

Kazuistika č.2: 70 ročný pacient so SRNV vpravo a DEM s epiretinálnou membránou na poslednom vidiacom ľavom oku, dlhodobo sledovaný na našom pracovisku pre NPDR s dobre kompenzovaným DM II a HbA1C 6,6% DCCT. NKZO vpravo 0,05, vľavo 0,6, 75P ETDRS. Na OCT vpravo jazva, vľavo adherujúca EM, s cystickým presiaknutím všetkých vrstiev sietnice a NED s CRT 620/634 um. Rozhodli sme sa zahájiť antiVEGF liečbu iniciálnou dávkou, po ktorej bola NKZO 0,5, 65P ETDRS, pričom na OCT došlo ku redukcii cystických zmien, pri pretrvávajúcej NED s CRT 468/537 um. Už pri ďalšej re aplikácii však došlo ku výraznej progresii na OCT, preto sme sa rozhodli pre chirurgickú intervenciu (PPV s ME, MLI a SF6). Mesiac po operácii bola NKZO stabilizovaná 0,5 64P ETDRS a nález na OCT zlepšený s CRT 420/400 um, pričom sa v nasledujúcich mesiacoch ďalej zlepšoval. 7 mesiacov po operácii však došlo na OCT ku vzniku fokálneho DEM s CRT 395/405 um, pri nezmenenej NKZO, pre ktorý sme sa rozhodli pre laserkoagulačnú liečbu. 4 mesiace po laserovej liečbe došlo na OCT ku zlepšeniu fokálneho edemu, a rok po lasere, úplnej regresii. 3 roky po liečbe je NKZO 0,8 78P ETDRS a CRT bez DEM 343/341 um.

Záver: Nálezy vyžadujúce ivt antiVEGF liečbu sa môžu niekedy, vyskytovať súčasne s poruchami vitreoretinálneho rozhrania. Rozhodnutie, s ktorou liečbou začať najskôr (chirurgia alebo antiVEGF) je väčšinou individuálne a závisí od stupňa pokročilosti zmien, spôsobených jednotlivými ochoreniami. AntiVEGF liečba je účinná aj u očí po predchádzajúcej chirurgickej liečbe (PPV).

