

Clinica de oftalmologie (cond.: conf. dr. F. Fodor doctor în medicină)
din Tîrgu-Mureş

INDICAŢIILE ŞI UTILITATEA BIOPSIEI ARTFREI TEMPORALE ŞI DIFERITE PROCESE VASCULARE RETINIENE ŞI DE NERV OPTIC

dr. F. Fodor, Liana Sireteanu

În diagnosticul unor afecţiuni oculare ne lovim de dificultăţi deosebite, deoarece biopsia ţesuturilor oculare practic nu este rezolvabilă. Într-adevăr cu excepţia exciziilor de fragmente de iris, în mod obişnuit nu se fac biopsii din nici un alt segment al globului ocular, fiindcă astfel de încercări pot periclita integritatea anatomică şi funcţională a ochiului. Studiul histologic al ţesuturilor oculare se face numai atunci cînd ochiul, în urma îmbolnăvirii date, a ajuns la dezorganizare, devine dureros, deci afecţiunea de bază a ajuns deja în faza finală, desigur complicată cu alte modificări secundare. Un astfel de ochi nu-î mai foloseşte bolnavului, oftalmologul avînd doar posibilitatea de a pune un diagnostic tardiv, după enucleaţie.

În patologia oculară vasculară, acest neajuns este atenuat oarecum de posibilitatea de a exciza din artera temporală, procedeu la care fac sau ar trebui să facă apel tot mai des oftalmologii.

Interesul pentru practicarea biopsiei arterei temporale a fost dat de boala Horton (arterita temporală). Într-o proporţie de peste 50% această boală include şi alterări oculare grave, însoţite chiar şi cu pierderea vederii, prin afectarea unor ramuri ale arterei oftalmice. Dar nu numai în

această boală există o relație între modificările ușor sesizabile biopsic ale arterei temporale superficiale și ale celei oftalmice, ci și în multe alte alterări vasculare legate de vîrstă sau diverse procese patologice.

Baza corelației fenomenelor patologice similare constatate în artera temporală și artera oftalmică constă în originea comună a acestora precum și în prezența anastomozelor numeroase existente între cele 2 vase sanguine. Originea comună este carotida comună, alterările căreia se pot manifesta atît din partea arterei temporale provenite din carotida externă cît și din partea arterei oftalmice, ramură a carotidei interne. Cointeresarea selor 2 artere se vede îndeosebi în ateroscleroză, hipertensiune arterială, diabet și vasculite generalizate.

Anastomozele între cele 2 artere se realizează la nivelul pleoapelor, glandei lacrimale, nasului, regiunii intraorbitale etc. În acest sens se înțelege reflectarea într-una dintre cele 2 artere a schimbărilor hemodinamice manifestate în celălalt vas. Nu se pot neglija nici interacțiunile reciproce apărute în cele 2 sisteme vasculare pe un fond spastic.

Astfel, pe bună dreptate putem afirma că artera temporală și artera oftalmică prin legăturile lor anatomice și funcționale, constituie un sistem patomecanic comun, modificările patologice în domeniul arterei oftalmice oglindindu-se în structura histologică a arterei temporale și invers.

Din considerentele de mai sus, practicăm din anul 1965 biopsia arterei temporale în unele cazuri cu leziuni vasculare ale ochiului. Intervenția se face în anestezie locală cu novocaină sau xilină. După îndepărtarea unei porțiuni de 1—1,5 cm se face examenul histologic prin colorația haematoxilina eosină, Van Gieson și resorcină pentru fibrele elastice din peretele vasculare.

În total am efectuat 46 de biopsii de arteră temporală în ateroscleroză, diabet zaharat, hipertensiune, arterită temporală etc.

Constatările noastre le vom exemplifica prin prezentarea cîtorva dintre cazurile noastre.

Obs. nr. 1. Sz. R. în vîrstă de 73 de ani.

Nefrită cronică în copilărie. Boala actuală debutează cu 3 săptămîni în urmă prin scăderea vederii la a. o. însoțită de cefalee cu caracter de hemicranie stîngă.

AV. o.d. 5/12 Cîmpul vizual normal.

o.s. 0,3/50 Cîmp vizual îngustat neregulat.

O.D. Pol anterior normal F.O. corespunzător vîrstei.

O.S. Pol anterior normal F.O. Papila cu margini șterse, arterele mult îngustate, șerpuitoare.

Ex. lab. VSH: 128/145 mm, Hgb.: 70^o o, H: 3.660.000. Examinările clinice sînt neconcludente.

Se face biopsia arterei temporale. Ex. histologic: Media arterei prezintă infiltrație limfo-plasmocitară și depunere de calciu în apropierea intimei. Lamina elastică cu colorație scăzută și cu fragmentație circumscrisă. Intima este îngroșată și este invadată de un țesut hialinos cu fibroblaști, plasmolimfocite și celule gigante tip corp străin.

Dg. Arterită temporală gigantocelulară.

Obs. nr. 2. K. P. în vîrstă de 64 de ani.

De 40 de ani suferă de discopatie și reumatism poliarticular cronic.

Boala actuală debutează în urmă cu 2 săptămîni prin scăderea treptată a vederii la o. d., fără dureri.

AV. o.d. 0,6/50 — C. V. îngustat mult, scotom central relativ.
o.s. 5/5 — C.V. normal.

O.D. Pol anterior: atrofii iriene în sector și atrofia gulerășului pigmentar. F.O. corespunzător vârstei.

O.S.: Pol anterior: iris cu zone atroifice și atrofia gulerășului pigmentar. F.O. papila cu margini ușor șterse, artere mult îngustate.

Ex. lab. VSH: 20/42 mm, Hgb: 78⁰/₀, L: 5600, Urina: neg.

Rtg. șei turcești: imagine șelară tip închis (prin punte) produsă de osteofitoza apofizelor clinoidice. Dimensiuni relativ mici, însă în limita normalului, conturarea osoasă intactă. Sinusul sfenoidal ușor hiperpneumatizat, fără elemente patologice.

Rtg. găurilor optice fără modificări. Rtg. coloanei lombosacrale: multiple, inegale, pe alocuri grosolane alterări discopatice, spondilozice. În rest examinările clinice neconcludente.

Se face biopsia arterei temporale. Ex. histopatologic: calibrul corespunzător. Intima și stratul muscular intern prezintă o fibroză evidentă. Straturile musculare externe au o structură normală. În jur adventicea ușor fibrozată. Se constată numai o strîmtoare uniformă redusă a lumenului arterial.

Dg. Fibroză parietală arterială.

Obs. Nr. 3. A. I. în vîrstă de 62 de ani.

Antecedentele eredocolaterale: Tata decedat de Tu. intraoculară. Antecedentele personale: apendicectomie, amigdalectomie, chist ovarian, spondiloză cervicodorsală, hipertensiune arterială. Boala actuală debutează cu scăderea vederii o. d. de 2 luni și înceteșarea progresivă a vederii.

AV. o.d. 5/50 cu + 2 D : 5/12

o.s. 5/10 cu + 1 D : 5/5

O.D. Pol anterior normal. F.O. papila bine delimitată, artere foarte tortuase cu schimbări de calibrul, reflexe luminoase vii, vene mai dilatate; în sectorul superotemporal, începînd de la papilă, hemoragii retiniene, exudate. Și regiunea maculară este cuprinsă de procesul exudativo-hemoragic descris, se diferențiază greu, este lipsită de structură normală.

O.S. Pol anterior normal. F.O. artere înguste, cu schimbări de calibrul, în unele locuri în sîrmă de cupru. Papila și zona maculară corespunzătoare vârstei.

Ex. lab. VSH 14/31 mm, Hgb. 80 ⁰/₀, L. 6600, Glicemia: 78 mg ⁰/₀, Urina: neg. Coagulograma: fără modificări patologice. Ex. clinice: interne: Hipertensiunea arterială, spondiloză cervicodorsală, arteroscleroză sistemică, T.A. 170/100. Ex. pulmonar: Imagine toracică corespunzătoare vârstei, E.K.G.: Tip stîng nepatologic. ritm sinusal, curbă normală.

Se face biopsia arterei temporale. Ex. histopatologic: Peretele arterial este ușor îngroșat. Intima prezintă fibroză. În jur puțin țesut conjunctiv.

Dg. Fibroza intimei arteriale.

Obs. Nr. 4 K.B. în vîrstă de 43 de ani.

În antecedente pleurită și ulcer gastric. Este transferat la noi de la Miercurea-Ciuc unde s-a prezentat pentru scăderea vederii la ambii ochi.

AV. o.d. 2,5/50, nu corectează. Cîmp vizual — mic scotom central absolut și îngustare periferică ușoară.

o.s. 5 40, nu corectează. cîmp vizual îngustat ușor periferic.

AO: pol anterior normal. F.O. marginea papilară ușor ștearsă. Vasele de calibru normal. La nivelul zonei maculare câteva focare mici cu aspect inflamator.

Ex. lab. VSH 4 14 mm, Hgb. 88 ‰, L: 5500. ASLO: 50 U ml, Colesterol: 192 mg ‰, P— lipide totale: 670 mg ‰.

Ex. clinice — interne: ulcer duodenal, neurologie: distonie neurovegetativă, neuroză secundară, Rx. pulmonar: multiple calcifieri hilare și perihilare stingi.

Se face biopsia arterei temporale. Ex. histopatologic: vas arterial cu structură histologică păstrată. În jur țesut colagenic dens, fibros, cu fibre grosolane ce includ multe fibre nervoase, extravazat hematic redus.

Dg. Fibroză perivasculară.

Obs. Nr. 5. S. P. în vîrstă de 54 de ani.

În antecedente nimic de semnalat. Boala actuală debutează de o săptămîină cu scăderea accentuată a vederii la o.d.

AV. o.d. 1 50, nu corectează. Cîmp vizual îngustat concentric.

o.s. 5 10 cu —6D sf. concav. Cîmp vizual normal.

OD. Pol anterior normal. In vitro opacități fine. FO: papila nazală mai palidă cu margini mai șterse, focare atroifice infero-papilar și nazale, arterele sînt în general mai înguste, coroida sclerotică, regiunea maculară marmorată.

OS: Pol anterior normal. FO: papila normal colorată, cu con miopic inferior, coroida în partea inferioară sclerozată.

Ex. lab.: VSH 18 42 mm. L: 6500. Hgb.: 90 ‰, Glicemia: 72 mg ‰. Urina: negativă.

Ex. clinice: neconcludente.

Se face biopsia arterei temporale dr. și stg.

Ex. histopatologic: Materialul este format din două fragmente mici de țesut. Unul corespunde unui țesut fibros colagen care conține câteva glande sudoripare, venule mici și o venă mai mare cu pereții ușor îngroșați fibrozați, iar în lumen cu un tromb mic pe cale de organizare. Fragmentul celălalt este o porțiune dintr-o arteră. Peretele este îngroșat mai ales intima și media. Fibrele musculare sînt disociate de țesutul colagen. Membrana elastică este continuă. În jurul arterei se văd fibre nervoase.

Dg. Scleroza arterei temporale. Tromb în venă.

Obs. Nr. 6. S. V. în vîrstă de 66 de ani.

Boala actuală debutează în urmă cu 14 ani cu scăderea vederii la ambii ochi.

AV. o.d. 5 50, nu corectează. Cîmp vizual mult îngustat concentric.

o.s. 5 50, nu corectează. Cîmp vizual mult îngustat cu exclude-re regiunii centrale în partea inferioară.

O.D. Pol anterior normal. FO: papila decolorată cu margini neregulate, bine delimitate, artere îngustate cu neregularități de calibru.

O.S. Pol anterior normal. FO: papila cu margini complet șterse, edematoasă, cu proeminență de 1—2 D. Vene dilatate, ondulate, artere îngustate, câteva incrușișări pozitive. În apropierea papilei, inferotemporal câteva hemoragii punctiforme.

Ex. lab.: VSH: 50/81 mm, Hgb: 80 %, L: 10400, Glicemia: 70 mg⁰%, Lipidograma: alfa-lipoproteine: 26,5 %, beta-lipoproteine: 73,5 %, Colesterol: 280 mg⁰%, Urina: negativă.

Ex. clinice interne: ateroscleroză sistemică, cardiopatie ischemică, compensată, sclero-empfizem pulmonar, cord pulmonar cronic, diabet zaharat compensat. Ex. neurologic: negativ. Ex. de șa turcească, aripă sfenoidală și baza craniului: negativ.

Se face biopsia arterei temporale. Ex. histopatologic: puțin țesut gras, care include un vas arterial. Peretele arterial are o structură normală, numai straturile interne prezintă o fibroză redusă și o transformare mucoidă a substanței fundamentale. Hemoragie proaspătă perivasculară.

Dg. Fibroză moderată a arterei temporale.

În concluzie putem reafirma că biopsia arterei temporale s-a dovedit o metodă utilă în stabilirea diagnosticului unor boli oculare de origine vasculară.

În cele 6 cazuri prezentate, la care modificările papilare și campimetrice erau patognomonice pentru o pseudopapilită vasculară sau angiopatie retiniană aterosclerotică, biopsia de arteră temporală ne-a arătat, în mod stereotip leziuni tipice de ateroscleroză printr-o îngroșare mascată a intimei, fragmentarea sau chiar necroza membranei elastice.

Alături de cele 6 cazuri, într-o serie de alte cazuri la care modificările fundului de ochi erau accentuate, în preparatele histologice din artera temporală s-au găsit modificări caracteristice vârstei, fără specificitate asupra bolii oculare. Trebuie să menționăm însă că în rare cazuri am constatat arteră cu structură intactă.

Aceste observații, în concordanță cu datele din literatura de specialitate, subliniază legătura patognomonică existentă între artera oftalmică și cea temporală. Legătura nu înseamnă un paralelism obligatoriu, deoarece constatăm modificări grave de fund de ochi cu alterări vasculare minore din partea arterei temporale și invers. Astfel, în interpretarea modificărilor în cele 2 sisteme trebuie să luăm în considerare și rolul factorilor locali, al condițiilor speciale etc.

Din observațiile noastre rezultă că biopsia de arteră temporală trebuie să figureze, în mod obligatoriu, printre examenele tuturor bolnavilor cu alterări vasculare ale ochiului. Ea facilitează diagnosticul și tratamentul bolii, furnizând și informații prognostice.

Sosit la redacție: 10 noiembrie 1976.

Bibliografie

1. François J., Verriest G., Neetens A.: Ann. Oculist (1962), V. 195, F. 9, 830; 2. Mor F.: Ann. Oculist. (1964), 197, 486; 3. Saraux H., Murat J. P.: Ann. Oculist. (1967), T. 200, F. 1, 1; 4. Goder G.: Druchblustungsstörungen des Auges und Biopsie des Arteria temporalis. Sammlung von Monographien, Band 36, VEB G. Thieme, Leipzig, 1968; 5. Szerémy Margareta: Oftalmologia (1968), 4, 313; 6. Blodi F. C.: Klin. Mbl. Augenheilk. (1969), 155, 3, 318; 7. Cerneva P., Dobrescu Gioconda, Stralut E.: Oftalmologia (1971), 4, 341; 8. Zolog N., Gavrilesco M., Atanasescu F.: Oftalmologia (1972), 1, 41.