

Streszczenie. **CEL:** Leczenie chirurgiczne idiopatycznych pełnościennych otwór w plamce o wielkości powyżej $\geq 400 \mu\text{m}$ wiąże się z większym ryzykiem niepowodzenia operacji. Szansą na poprawę rokowania pooperacyjnego dało wprowadzenie nowej techniki operacyjnej polegającej na repozycji odwróconych płatków ILM do łoży otworu w plamce. Celem pracy była ocena stanu anatomicznego i funkcjonalnego oczu u chorych poddawanych operacyjnemu leczeniu idiopatycznych pełnościennych otworów w plamce zmodyfikowaną metodą repozycji odwróconego płatka błony granicznej wewnętrznej (ILM) do łoży otworu i porównanie z dotychczas stosowaną metodą polegającą na usuwaniu ILM z rejonu plamki.

MATERIAŁ I METODA: Modyfikacja techniki operacyjnej polegała na wytworzeniu jednego płatka ILM, przy asyście płynu perfluorokarbonowego, z endotamponadą gazem SF6 bez potrzeby pozycjonowania głowy pacjenta. Punktem końcowym było uzyskanie zamknięcia otworu typu 'flat-closed' i odtworzenie ciągłości siatkówki. Do badania zakwalifikowano pacjentów z minimalną wielkością otworu $400 \mu\text{m}$. Pacjentów podzielono na dwie grupy. W Grupie I średni pomiar minimalnej wielkości otworu w plamce wynosił $639,96 \mu\text{m} \pm 196,38$ (mediana= $607,50$), a w Grupie II $637,41 \mu\text{m} \pm 178,86$ (mediana= $600,00$). Grupę I stanowiło 28. oczu 28. pacjentów, którzy zostali poddani leczeniu chirurgicznemu metodą repozycji odwróconego płatka ILM z użyciem płynu perfluorokarbonowego (PFCL) i endotamponadą gazem SF6 z jednoczasową fakoemulsyfikacją zaćmy. Grupa II stanowiło 27. oczu 27. pacjentów poddanych leczeniu chirurgicznemu metodą peelingu ILM z endotamponadą gazem SF6, z jednoczasową fakoemulsyfikacją zaćmy w 25. oczach 25. pacjentów. W żadnej z Grup nie stosowano wymuszonej pozycji głowy po operacji. Oceniano najlepszą ostrość wzroku w korekcji okularowej do dali oraz zamknięcie otworu na podstawie OCT (typ 'flat-closed' i 'flat-open') w 2., 4., 6., 8., 12., 24. i 48. tygodniu po operacji.

WYNIKI: W Grupie I uzyskano zamknięcie typu 'flat-closed' w 100% operowanych pełnościennych otworach w plamce. W Grupie II stwierdzono zamknięcie typu flat-closed w 20. oczach (74,07 %), w 7. oczach (25,93%) stwierdzono brak zamknięcia otworu, w tym w 2. oczach (7,41%) uzyskano zamknięcie typu 'flat-open' (kwalifikowane jako niepowodzenie operacji), natomiast w 5. oczach (18,52%) brak zamknięcia otworu. Najlepsza ostrość wzroku w korekcji okularowej do dali (ETDRS) była istotnie statystycznie wyższa w oczach leczonych metodą ILM flap (Grupa I) w porównaniu do Grupy II w 2 tyg. - $p=0,0053$, 4 tyg. - $p=0,0001$, 6 tyg. - $p=0,0001$, 12 tyg. - $p=0,000$, 24 tyg. - $p=0,000$ i 48 tyg. - $p=0,000$ po operacji.

WNIOSKI: Lepsze wyniki funkcjonalne uzyskano u pacjentów, u których przedoperacyjna najlepsza ostrość wzroku w korekcji okularowej do dali była wyższa, niezależnie od zastosowanej metody operacyjnej. Zastosowanie płynu perfluorokarbonowego (PFCL) w trakcie operacji pełnościennego otworu w plamce techniką odwróconego płątka błony granicznej wewnętrznej pozwoliło na: stabilizację ILM w trakcie tworzenia płątka, kontrolę wielkości tworzonego płątka oraz zabezpieczyło płatek przed translokacją w trakcie wymiany płyn/powietrze. Nie doszło do dodatkowych powikłaniami śródoperacyjnych i pooperacyjnych. Nie zaobserwowano nawrotów pełnościennego otworu w plamce w żadnym z operowanych przypadków w obu grupach w okresie obserwacji. Maksymalna wielkość otworu, w przypadku zastosowania techniki odwróconego płątka ILM, nie miała istotnie statystycznego wpływu na najlepszą ostrość wzroku w korekcji okularowej do dali po operacji. Maksymalna wielkość otworu, w przypadku zastosowania peelingu błony granicznej wewnętrznej, wiązała się z gorszymi wynikami funkcjonalnymi. Im mniejsza wartość minimalnej wielkości otworu, tym istotnie statystycznie większa poprawa funkcjonalna po operacji w obu Grupach ($p=0,000$). Metoda odwróconego płątka ILM ze śródoperacyjnym

zastosowaniem PFCL i endotamponadą gazem SF6 jest skuteczną i bezpieczną metodą leczenia idiopatycznych pełnościennych otworów w plamce o wielkości $\geq 400 \mu\text{m}$ i daje lepsze wyniki funkcjonalnej i anatomiczne niż peeling błony granicznej wewnętrznej.