

Спонтанное супрахориоидальное кровоизлияние на фоне антикоагулянтной терапии. Клинический случай



А. Н. Степанов



Н. Ираскова



П. Розсивал



Э. Рэнцова



Я. Лацкович

Глазная клиника факультетской больницы, Градец Кралове, Чехия

РЕЗЮМЕ

Антикоагулянтная терапия часто используется для лечения различных состояний. При этом зачастую возможны отклонения в системе гемостаза в сторону гипокоагуляции и увеличение риска развития гемокоагуляционных осложнений. В статье описан случай супрахориоидального кровоизлияния (СХК) на глазу у пациента с возрастной макулярной дегенерацией (ВМД) на фоне приема антикоагулянтов. Обсуждаются причины развития этого состояния и пути его профилактики.

Ключевые слова: супрахориоидальное кровоизлияние, антикоагулянты, ВМД, внутриглазные осложнения

ABSTRACT

A. Stepanov, N. Jiraskova, P. Rozsival, E. Rencova, J. Lackovic

Spontaneous suprachoroidal hemorrhage due to the excessive anticoagulation therapy. Case report

Anticoagulant therapy is often used to treat various conditions. This often can deviate in the hemostatic system in the direction of hypocoagulation and increase risk of hemostatic complications. The article describes suprachoroidal hemorrhage in the eye of a patient with AMD who received anticoagulants.

Key words: suprachoroidal haemorrhage, anticoagulants, AMD, ocular complications

Офтальмология. 2013. Т. 10, № 1. С. 76–78.

Поступила 09.09.12 Принята к печати 24.01.13

Супрахориоидальное кровоизлияние (СХК) — это редкое, но серьезное состояние, при котором кровь заполняет пространство между сосудистой оболочкой глаза и склерой, приводящее к значительному снижению функций или полной потере зрения [1]. Обычно СХК является осложнением внутриглазных операций, таких как экстракция катаракты, перфорационная кератопластика, фильтрационная хирургия глаукомы, витреоретинальная хирургия и травма глаза [2-5]. Спонтанные кровоизлияния, не связанные с оперативным вмешательством или травмой, — достаточно редкое явление.

В данной статье описан случай спонтанного СХК на глазу у пациента с ВМД на фоне приема антикоагулянтов.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

78-летний мужчина был госпитализирован в августе 2012 г. с предварительным диагнозом — отслойка сетчатки и влажная форма возрастной макулярной дегенерацией (ВМД) на левом глазу, ВМД сухая фор-

ма на правом глазу, незрелая катаракта обоих глаз. Из данных анамнеза — за 2 дня до госпитализации пациент утром после пробуждения ощутил внезапное, безболезненное ухудшение зрения на левом глазу. Обратился в поликлинику к своему офтальмологу, где был поставлен предварительный диагноз — отслойка сетчатки — и выдано направление на госпитализацию.

Сопутствующие заболевания: ишемическая болезнь сердца (ИБС), хроническая сердечная недостаточность (ХСН), недостаточность митрального и трикуспидального клапанов, атрофический гастрит, хроническая обструктивная болезнь легких, гипертоническая болезнь, остеопороз, болезнь Бехчета.

Фармакологический анамнез: Модуретик, Торвакард, Беталок, Калий нормин, Формотерол, Атровент, Варфарин. Варфарин принимает последние 2 года для стабилизации ИБС и ХСН.

При приеме острота зрения левого глаза — правильная проекция света слева и снизу. Внутриглазное давление левого глаза — 32 мм рт. ст.

Объективный статус левого глаза при госпитализации: конъюнктива без патологической инъекции, роговица прозрачная, передняя камера прозрачная, мелкая, зрачок округлый, помутнения средней интенсивности в ядре хрусталика, стекловидное тело прозрачно, глазное дно — ДЗН розового цвета, физиологическая экскавация, 2 пузыря отслоенной сетчатки, сетчатка прилежит от 12 до 6 часов темпорально, макулу не удается оценить (рис. 1).

В день приема выполнено УЗИ левого глаза (В-скан): данные за вторичную отслойку сетчатки в верхне-, нижне-назальных квадрантах, с субретинальным гиперэхогенным содержимым (рис. 2). Дополнено ФАГ, результат — картина супрахориоидального кровоизлияния на левом глазу, ВМД сухая форма на правом глазу, на левом глазу предположительно ВМД влажная форма. Международное нормализованное отношение (МНО) при поступлении 4,85 (при норме менее 1,3), с учетом чего выдвинуто предположение о супрахориоидальном кровоизлиянии на фоне повышенного МНО.

Пациенту при госпитализации назначена местная антиглаукомная терапия: Азопт 2 раза в день, перорально Дексазон, 60 мг, однократно утром. Спустя 7 дней повторный результат МНО равен 8,4. Созван гематологический консилиум, рекомендовано прекратить прием Варфарина. МНО спустя 2 дня равно 1,43, рекомендовано — контроль уровня МНО и назначение антикоагулянтной терапии лечащим врачом пациента по месту проживания через 3 дня. Пациент выписан спустя 13 дней после госпитализации, острота зрения левого глаза — правильная проекция света со всех направлений, движение руки. ВГД = 20 мм рт. ст.

ОБСУЖДЕНИЕ

Супрахориоидальное кровоизлияние — редкое состояние, как правило, связанное с внутриглазными операциями. Известно, что гипотония глаза, которая сопровождает внутриглазные операции, является главным фактором риска развития супрахориоидального кровоизлияния [6]. Остальные факторы риска: глаукома, афакия, сниженное ВГД, миопия и внутриглазное воспаление [7]. Среди системных факторов риска можно выделить пожилой возраст, артериальную гипертензию и атеросклероз [7].

ВМД встречается у одной трети населения в возрасте старше 75 лет [8]. Из них около 10-15% имеют неоваскулярную «влажную» форму [9], что проявляется ростом патологических сосудов в хориоидее, в супраретинальном пространстве. Многие пожилые пациенты с диагнозом ВМД принимают антикоагулянты или антиагреганты, которые могут способствовать развитию кровотечения [10-12].

В данном клиническом случае описан пациент, у которого имеются несколько факторов риска для развития СХК: пожилой возраст, атеросклероз, артери-

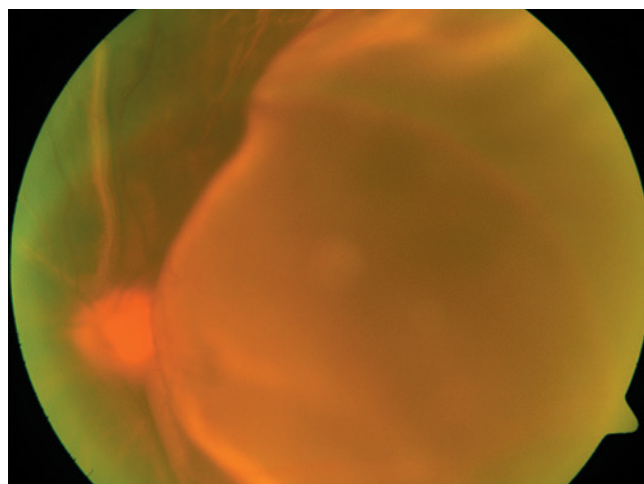


Рисунок 1. Вторичная отслойка сетчатки на фоне супрахориоидального кровоизлияния.

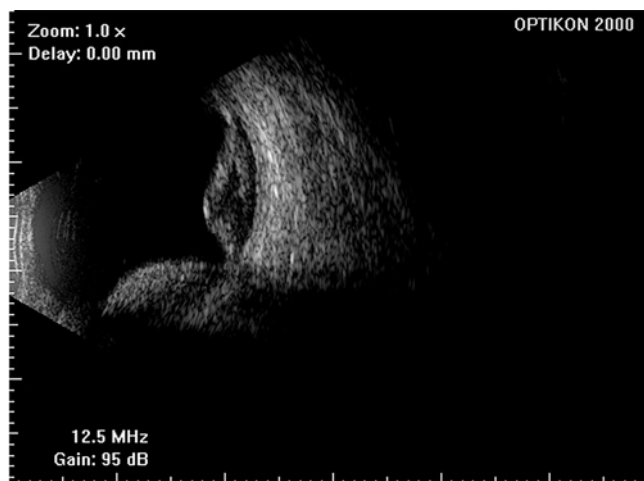


Рисунок 2. УЗИ: данные за вторичную отслойку сетчатки в верхне-, нижне-темпоральных квадрантах, с субретинальным гиперэхогенным содержимым.

альная гипертензия, ВМД. Совокупность указанных факторов риска обуславливает хрупкость хориоидальных и цилиарных сосудов, что делает их более восприимчивыми к повреждению [13]. И прием антикоагулянтов (в настоящем случае — Варфарин) еще более усугубляет ситуацию.

В патогенезе СХК основное место принадлежит врожденным и приобретенным поражениям сосудов хориоидеи. СХК встречаются от небольших по размеру до массивных, могут развиваться в интраоперационном и в раннем послеоперационном периоде. Крайне важна своевременная диагностика этого тяжелого состояния, прежде всего состоящая в офтальмоскопическом обследовании, которое иногда может быть затруднено вследствие непрозрачности глазных сред. В таких случаях незаменимо ультразвуковое обследование, которое помогает установить диагноз СХК. Характерная картина УЗИ: супрахориоидальное пространство заполнено гиперэхогенным содержимым.

Акустическая плотность этого гиперэхогенного содержимого изменяется со временем — вначале оно представляет собой солидную массу, которая постепенно становится более гипоэхогенной [14].

Хирургическое вмешательство рекомендовано в течение 2 недель, хотя существующие данные довольно противоречивы [15]. Существует 3 вида операции: дренаж кровоизлияния, витрэктомия либо их комбинация [16, 17]. Прогноз у пациентов с СХК прежде всего зависит от распространенности процесса [18].

В качестве терапии обычно назначают перорально глюкокортикостероиды, в тяжелых случаях — парентерально. Так как прогноз остроты зрения у пациента в описанном случае не слишком благоприятен, была назначена пероральная кортикостероидная терапия.

ВЫВОДЫ

СХК встречается довольно редко и, как правило, связано с хирургическим вмешательством. В настоящем случае описан пример возникновения СХК на фоне приема антикоагулянтов без связи с операцией.

Пациенты с ВМД, принимающие антикоагулянтные препараты, должны поддерживать МНО в нижней части рекомендуемого диапазона для предотвращения геморрагических осложнений.

Рекомендовано проводить консультации лечащего врача-терапевта с офтальмологом при назначении антикоагулянтной терапии пациенту на фоне имеющейся ВМД.

ЛИТЕРАТУРА

1. Hammam T, Madhavan C. Spontaneous suprachoroidal haemorrhage following a valsalva manoeuvre // *Eye*. 2003. V. 17. P. 261-262.
2. Taylor DM. Expulsive hemorrhage // *Am J Ophthalmol*. 1974. V. 78. P. 961-966.
3. Cantor LB, Katz LJ, Spaeth GL. Complications of surgery in glaucoma: Suprachoroidal expulsive hemorrhage in glaucoma patients undergoing intraocular surgery // *Ophthalmology*. 1985. V. 92. P. 1266-1270.
4. Purcell JJ Jr, Krachmer JH, Doughman DJ, et al. Expulsive hemorrhage in penetrating keratoplasty // *Ophthalmology*. 1982. V. 89. P. 41-43.
5. Wolter JR. Expulsive hemorrhage during retinal detachment surgery: A case with survival of the eye after Verhoeff sclerotomy // *Am J Ophthalmol*. 1961. V. 51. P. 264-266.
6. Manuchehri K, Loo A, Ramchandani M, et al. Acute suprachoroidal haemorrhage in a patient treated with streptokinase for myocardial infarction // *Eye*. 1999. V. 13. P. 685-686.
7. Chu TG, Green RL. Suprachoroidal Hemorrhage. *Surv. Ophthalmol* // 1999. V. 43. P. 471-486.
8. Klein R, Klein BE, Linton KL. Prevalence of age-related maculopathy. The Beaver Dam Eye Study // *Ophthalmology*. 1992. V. 99. P. 933-943.
9. Ferris FL 3rd, Fine SL, Hyman L. Age-related macular degeneration and blindness due to neovascular maculopathy // *Arch Ophthalmol*. 1984. V. 102. P. 1640-1642.
10. Ung T, James M, Gray RH. Long term warfarin associated with bilateral blindness in a patient with atrial fibrillation and macular degeneration // *Heart*. 2003. V. 89. P. 985.
11. Knox FA, Johnston PB. Spontaneous suprachoroidal haemorrhage in a patient with age-related macular degeneration on excessive anticoagulation therapy // *Eye* 2002. V. 16. P. 669-670.
12. Alexandrakis G, Chaudhry NA, Liggett PE, et al. Spontaneous suprachoroidal hemorrhage in age-related macular degeneration presenting as angle-closure glaucoma // *Retina*. 1998. V. 18. P. 485-486.
13. Jun Shyan Wong FRCS. Spontaneous suprachoroidal haemorrhage in a patient receiving low-molecular-weight heparin (fraxiparine) therapy // *ANZ J. Ophthalmol*. 1999. V. 27. P. 433-434.
14. Chu TG, Cano MR, Green RL, et al. Massive suprachoroidal hemorrhage with central retinal apposition // *Arch Ophthalmol*. 1991. V. 109. P. 1575-1581.
15. Manuchehri K, Loo A, Ramchandani M, et al. Acute suprachoroidal haemorrhage in a patient treated with streptokinase for myocardial infarction // *Eye*. 1999. V. 13. P. 685-686.
16. Chu TG, Green RL. Suprachoroidal hemorrhage // *Surv Ophthalmol*. 1999. V. 43. P. 471-86.
17. Jiraskova N, Rozsival P, Pozlerova J., et al. Expulsive hemorrhage after glaucoma filtering surgery // *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*. 2009. V. 153. P. 221-224.
18. Wirostko WJ, Han DP, Mieler WF, et al. Suprachoroidal hemorrhage: Outcome of surgical management according to hemorrhage severity // *Ophthalmology*. 1998. V. 105. P. 2271-2275.