

# Odchlípení sítnice

Retina neboli sítnice je průhledná blána o síle od 0,1 do 0,25 mm vystýlající vnitřní stranu očního bulbu. Můžeme jí rozdělit na dvě základní části:

- **pars optica**, která obsahuje světločivné buňky (tyčinky, čípky),
- **pars caeca**, která vystýlá vnitřní stranu řasnatého tělesa a zadní plochu duhovky; na této části se obraz nepromítá jak již vyplývá z názvu *caeca* = slepá.

Obě části jsou odděleny linií pilovitého charakteru – **ora serrata**. Retina je volně přiložena k cévnatce a pevně lne jen v okolí papily a ora serrata. Vzhledem k embryonálnímu vývoji je rozdělena na **stratum pigmentosum** (pigmentový epitel) a **neuroretinu**. Vzhledem k patologiím popsaných u amoce je důležitá oblast macula lutea s **fovea centralis**, kde je místo nejostřejšího vidění.

## Amoce

Odchlípení sítnice je závažné onemocnění vratně i nevratně ohrožující visus. Spočívá v odloučení sensorické části od pigmentového epitelu, který zůstává fixován k cévnatce. Mezi neuroretinou a pigmentovým epitelem se hromadí tekutina (ze sklivcového prostoru, transsudát nebo exsudát z cévnatky). Amoce vždy znamená vážné narušení výživy pro fotoreceptory, na jejich obnově má podíl včasná diagnostika a léčba. Při delším trvání onemocnění končí slepotou. Dva základní typy amoce:

### Primární rhegmatogenní (idiopatické, s trhlinou)

- Incidence zhruba 7-10 onemocnění na 100 000 obyvatel ročně,
- predisponovaní jedinci – periferní degenerativní změny sklivce, retiny, cévnatky,
- faktory patogenese – trhlinka sítnice, tah odlučujícího se sklivce vpřed, adheze mezi smyslovým a pigment. epitelem,
- rozlišujeme díry a trhliny – rozhodující je síla trakce sklivce, která je rozhodující u trhlín,
- **trhlinka bez odchlípení** – asymptomatická, léčba ambulantně laserem,
- **trhlinka s odchlípením** – symptomatická, nutné chirurgické řešení,
- amoce je pacientem vnímána hlavně jako zvětšující se „clona“ postupující od periferie ke středu zorného pole,
- pokud je amocí zasažena macula lutea výrazně se zhoršuje zraková ostrost,
- 25 % případů je způsobeno posttraumaticky,
- **predisponující faktory** – ablace zadní plochy sklivce (jeho zkapalnění, typické pro vyšší věk), abnormální vitreoretinální adheze, mřížkovitá degenerace (oválné ekvatoriálně uložená ložiska ztenčené sítnice s bělavými liniemi), myopie (nejrizikovější faktor, 10x větší riziko než u heterotropa, emetropa), familiární výskyt, amoce druhého oka.

### Sekundární (bez trhliny, nerhegmatogenní)

- Následek jiného očního onemocnění,
- **trakční** – komplikace u perforujících poranění, krvácení do sklivce, diabetická retinopatie, okluze sítnicové žíly, Ealsovy choroby, terminální stádium retinopatie nedonošených,
- **exsudativní** – hromadění transsudátu nebo exsudátu v subretinálním prostoru, nádor cévnatky, uveitidy, těhotenská retinopatie.

## Odchlípení sítnice

Retinal detachment

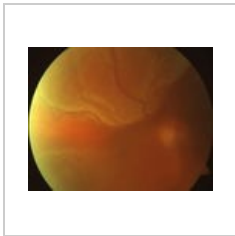
Amotio retinae



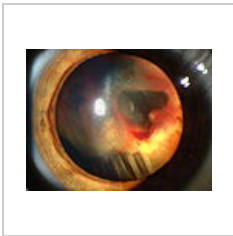
Trakční amoce

### Klasifikace a odkazy

<b>MKN</b>	H33 ( <a href="https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/H33">https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/H33</a> )
<b>MeSH ID</b>	D012163 ( <a href="https://www.medvik.cz/bmc/link.do?id=D012163">https://www.medvik.cz/bmc/link.do?id=D012163</a> )
<b>MedlinePlus</b>	001027 ( <a href="https://medlineplus.gov/ency/article/001027.htm">https://medlineplus.gov/ency/article/001027.htm</a> )



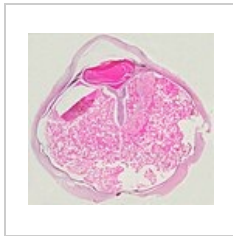
Rhegmatogenní  
amoce



Odchlípení sítnice –  
syndrom von  
Hippel-Lindau



CT – totální  
exsudativní  
odchlípení sítnice



Odchlípení sítnice –  
histologie

## Léčba amoce

Odchlípení sítnice se řeší výhradně **chirurgicky**. Základním principem je uzavření trhliny. Na včasné diagnostice a léčbě závisí funkční výsledek. Klasický postup se provádí zevní cestou tzv. **episklerální plombáž**, která tamponuje trhlinu přiblížením cévnatky a pigmentového epitelu k retině, eliminuje tah sklivce. Jako implantační materiál se používá např. silikonový kaučuk. U 10–15 % případů není tato léčba úspěšná. Dalším řešením je **pars plana vitrektomie**. Provádí se u komplikovanějších amocií. Často spojena s vnitřní tamponádou sítnice. Její přiložení zpět k pigmentovému epitelu se provádí pomocí expanzivního plynu nebo silikonového oleje. Plyn nevyžaduje další chirurgický zákrok, silikonový olej ano. Délka implantace oleje v bulbu je individuální (až 1 rok).

**Indikace PPV** – rhegmatogenní odchlípení s krvácení do sklivce, velké trhliny a trhliny zadního pólu oka. Léčba je spojena s pooperačními komplikacemi, mezi nejčastější patří cataracta, hyphema, nitrooční záněty. Do pooperační péče spadá prioritně monitorace nitroočního tlaku (jeho zvýšení – riziko glaukomu), polohování hlavy a aplikace očních kapek s antiseptickým účinkem. Po PPV by se měl pacient vyvarovat nárazům do hlavy a těžké fyzické práci.

## Odkazy

### Související články

- Pars plana vitrektomie
- Oko/Vady oka
- Biochemie procesu vidění
- Oko (biofyzika)/Princip vidění
- Katarakta

### Externí odkazy

- Hyphema – anglická wikipedie (<https://en.wikipedia.org/wiki/Hyphema>)
- Vitrektomie – anglická wikipedie (<https://en.wikipedia.org/wiki/Vitreotomy>)

► Vitrektomie (<https://www.youtube.com/watch?v=JOgFaAsvCm4>) – YouTube prezentace

### Použitá literatura

- ROZSÍVAL, Pavel, et al. *Oční lékařství*. 1. vydání. Galén, Karolinum, 2006. ISBN 80-7262-404-0.
- KRAUS, Hanuš, et al. *Kompendium očního lékařství*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, 1997. 341 s. ISBN 80-7169-079-1.