

ATROFIA ZRAKOVÉHO NERVU - NAŠE SKÚSENOSTI

MUDr. Dagmar Veselá, Ph.D., MUDr. Jarmila Szilasiová¹, MUDr. Edita Kahancová,
MUDr. Eleonora Klímová, CSc.², MUDr. Alexandra Osifová, MUDr. Monika Moravská³

¹ Neurologická klinika LF UPJŠ, Košice

² Neurologická klinika FNsP Košice

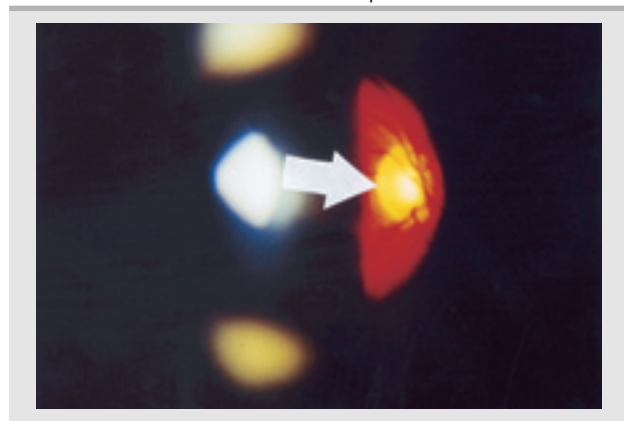
³ Očná klinika FNsP Košice

Predkladáme 3 kazuistiky pacientov s atrofiou zrakového nervu. Vybrali sme pacientov s oligosymptomatickými prejavmi postihnutia centrálného nervového systému (CNS) a atrofiou zrakového nervu zriedkavej etiológie.

1. kazuistika: 50ročná pacientka s asi rok sa vyvíjajúcou poruchou zraku vpravo, posledné dva mesiace mala aj bolesti hlavy frontálne. Pôvodne pacientka odoslaná na operáciu katarakty vpravo. Pri očnom vyšetrení vizus oculi dextri (VOD): amaurosis o. dx. očné pozadie (OP): atrofia optického nervu vpravo, katarakta nezávažného stupňa. Intraokulárny tlak (IOT) v norme. Doporučená hospitalizácia kvôli vydifferentcovaniu atrofie zrakového nervu (AZN). Neurologické vyšetrenie: vpravo slepota, foto reakcia (FR) priama aj konsenzuálna nevýbavná, vľavo prítomná, divergentný strabizmus vpravo – staršieho dátá, zhoršenie sluchu obojstranne, kvadruhyperreflexia, ľahká ataxia, bez porúch citlivosti.

Laboratórne nálezy: FW 28/35, hypercholesterolémia 7,1 mmol/l, antinukleárne protilátky (ANA) slabo pozit. ACLA, ENA negat., cirkulujúce imunokomplexy (CIK) 55 (norma do 40), likvor: albumínový kvocient v norme (7, 6), hyperproteinorachia (1 065 mg/l), oligoklonálne protilátky IgG nedokázané. Titre neurotropných vírusov a antiboreliových protilátok negatívne. Treponema imobilizačný test (TPI) test z likvoru a séra 65 % a 85 % opakovanne pozitívny. Zrakove evokované potenciály (VEP) vpravo krivka nediferencovaná, vľavo nález v norme. CT mozgu a MRI mozgu so zameraním na optické nervy bez patologického nálezu. Kožné a stomatologické vyšetrenie v norme. Gynekologické vyšetrenie: stav po hysterektómii, po operácii dostala transfúziu. Záver: Neurolues, syfilitická meningitída s atrofiou n. opticus o.dx. Obrázok 1.

Obrázok 1. Totálna atrofia zrakového nervu vpravo



2. kazuistika. 85ročná pacientka s trojtýždňovou anamnézou nechutenstva s úbytkom na váhe a teplotami. Náhle oslepla na pravé oko. Neurologické vyšetrenie: vpravo slepota, pozitívne patologické axiálne reflexy, reflexy C5 – 8 vpravo živšie, svalový stisk vpravo slabší, vpravo živšie reflexy L2-S2, vpravo pozitívny Babinski. Očné vyšetrenie: VOD amauróza, VOS 5/7,5. OP predná ischemická optická neuropatia vpravo, angiopathia sclerotica o. u. Laboratórne vyšetrenia: FW 100/120, ANA, ENA pozitívne, CRP negatívne, alfa 2 globulíny zvýšené, anémia. ASLO, latex, CRP negatívne, BWR a TPHA negatívne, CT vyšetrenie mozgu: difúzna atrofia CNS. RTG hrudníka v norme. Interné vyšetrenie: ischemická choroba srdca (ICHS), chronická renálna insuficiencia. Záver: Anterior ischemic ocular neuropathy (AION) pri obrovskobunkovej (temporálnej) arteriitíde s následnou atrofiou n. opticus l. dx. Opakované oftalmologické kontroly nepotvrdili zmeny zrakového nervu vľavo.

3. kazuistika. 33ročná pacientka, v predchorobí prekonala horúčnaté ochorenie, udáva náhly vznik bolesti očí s následným hmlistým videním vpravo. Nefajčiarka, alkohol pije len príležitostne. Neurologický nález: hmlovité videnie vpravo, nález na hlavových nervoch v norme, tras prstov v Mingazziniho polohe, brušná areflexia, šlachovo-okosticové reflexy vyššie.

Očné vyšetrenie: VOD: 5/15, OP: papila vpravo temporálne ostro ohraničená bledšia, edém papily +2Dsp, periméter: v dolnej temporálnej časti splyvavý skotóm. Laboratórne nálezy: bez prejavov akútneho alebo chronického zápalu. BWR, TPHA negatívne. ANA, ENA, ACLA negatívne. Infekčné fokusy nezistené (ORL, stomatologické). MRI vyšetrenie mozgu nepotvrdilo demyelinizačné ložiská v CNS.

Obrázok 2. Parciálna atrofia zrakového nervu vpravo, temporálne nabludnutie papily



Fluorescenčná angiografia sietnice vylúčila cievnu léziu. VEP obojstranne zistená hraničná latencia vlny P100. Po kortikoterapii došlo k úprave perimetra. Záver: Intrabulbárna neuritída n. opticus l. dx. s následnou parciálnou atrofiou n. opticus. Predpokladáme postinfekčný pôvod, v diferenciálnej diagnostike demyelinizačné ochorenie CNS. Obrázok 2.

Diskusia

V kazuistike č. 1 bola u pacientky pri prvom očnom vyšetrení diagnostikovaná porucha zraku na základe katarakty, pre ktorú bola poukázaná na operáciu. Až druhé očné vyšetrenie odhalilo atrofiu optického nervu vpravo, za kataraktou. Syfilis ako príčina atrofie zrakového nervu je pomerne raritný, diferenciálne diagnosticky sme uvažovali aj o Leberovej hereditárnej optickej neuropatii (6, 8). Berger a kol. udávajú typické oftalmologické alebo otorinolaryngologické komplikácie u pacientov s asymptomatickým neurosyfilisom. Patrí sem Argyll – Robertsonova zrenica, chorioretinitída a atrofia n. opticus, cefalea, hluchota, lézia III., VI. hlavového nervu atď. Naša pacientka mala cefaleu, atrofiu zrakového nervu, hypacusis a divergentný strabizmus. Zaujímavý bol negatívny nález NMR vyšetrenia optických nervov, kde by sme očakávali prejavy syfilitickej pachymeningitídy, prípadne neuritídy. Kvôli falošne negatívemu nálezu pri MRI vyšetrení optických nervov sa odporúča použitie techník, ktoré potlačujú vysoký signál z tukového tkaniva (8). Pacientka mala atrofiu n. opticus vpravo, vľavo bol vizus zachovaný. Podľa literárnych údajov u 50 % pacientov dôjde k progresii nálezu aj napriek liečbe syfilisu (2). U našej pacientky je zatiaľ stav stabilizovaný, bola preliečená G – penicilínom a triamcinolonom.

Literatúra

1. Arnold A.C.: Anterior ischemic optic neuropathy, Neurobase Fourth 1999, Editon.
2. Berger J. R.: Neurosyphilis, Neurobase, First 2000 Edition.
3. Goodwin J.: Temporal arteriitis, Neurobase, Fourth 1999 Edition.
4. Kanski J. J.: Clinical ophthalmology, Butterworth – Heinemann, 1989, 442–455.
5. Newell F. W.: Ophthalmology (principles and concepts) 1991, 351–3.

U druhej pacientky klinický obraz, vek a laboratórne nálezy boli typické pre diagnózu temporálnej arteriitídy. Pre arteriálnu formu AION je typický vek okolo 70 rokov, ženské pohlavie, bolesti hlavy, zvýšená FW viac ako 70 mm/hod. (3). Naviac pri pozitívite ANA, ENA reumatológovia hodnotili stav pacientky ako klinicky jasnú temporálnu arteriitídu aj napriek tomu, že nebolo robené biopsické vyšetrenie ciev. Podľa literárnych údajov 5 % arteriálnych AION je podmienených temporálnou arteriitídou (1). Typické je nechutenstvo, strata na váhe, teploty, môže a nemusí byť prítomné systémové postihnutie. U našej pacientky boli prítomné príznaky difúzneho postihnutia mozgu a obličiek.

V treťom prípade išlo o mladú ženu s intrabulbárnou neuritídou n. opticus vpravo. Akútna neuritída n. opticus vzniká u mladých ľudí 15–40ročných. Býva postihnutá len jedna strana, pacient udáva retrobulbárnu bolesť a centrálny skotóm. Behom mesiaca dochádza k úprave zorného poľa. Prognóza je dobrá. Etiologicky ide v 20 % o sclerosis multiplex, ďalej para- a postinfekčný pôvod a u 50 % pacientov je etiológia nejasná (5). U našej pacientky sme v klinickom obraze okrem atrofie zrakového nervu našli len hyperreflexiu. Pri MRI vyšetrení mozgu, a vyšetrení likvoru sme nezistili známky demyelinizačného ochorenia centrálného nervového systému. V odbornej literatúre sa udáva, že u 31 % pacientov je neuritída ZN jediný prejav demyelinizačného ochorenia (4). Zdá sa, že až ďalší priebeh ochorenia pomôže jednoznačne určiť etiológiu atrofie zrakového nervu u tejto pacientky.

6. Oláh Z.: Očné lekárstvo, Osveta, 1992, 178–180.

7. Sadun A. A., Martone, J.F., Cuba: response of medical science to a crisis of optic and peripheral neuropathy, Int. Ophthalmol. 1995, 18, 373–8.
8. Seidl Z., Obenberger J.: Prínos zobrazovacích metod, zvlášte magnetické rezonance, u roztroušené mozkomšni sklerozy, Čas. Lék. Čes. 135, 1996, 23, 747–51.