

(70)

Druzy tarczy nerwu wzrokowego a jaskra – opis pacjentki

Optic disc drusen and glaucoma – case report

Dorota Pojda-Wilczek, Ewa Herba, Wojciech Jędrzejewski, Stefan M. Pojda

Z Katedry i Oddziału Klinicznego Okulistyki Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach
Szpital Specjalistyczny nr 1 w Bytomiu
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Stefan M. Pojda

Summary: Optic disc drusen make examination towards glaucoma difficult to interpret. They change nerve head morphology and visual field defects can resembling glaucomatous damage.

Patient with strong headache was examined and we found drusen on both optic nerve heads and intraocular pressure about 27 mmHg. Visual fields demonstrated scotomas - in lower half and the enlargement of the blind spot. After topical treatment and intraocular pressure normalization, the patient's complains had gone. Control examination after one year revealed progression of visual field changes. Electrophysiological examination showed abnormalities typical for glaucoma.

Słowa kluczowe: druzi tarczy nerwu wzrokowego, jaskra, pole widzenia, elektrofizjologia.

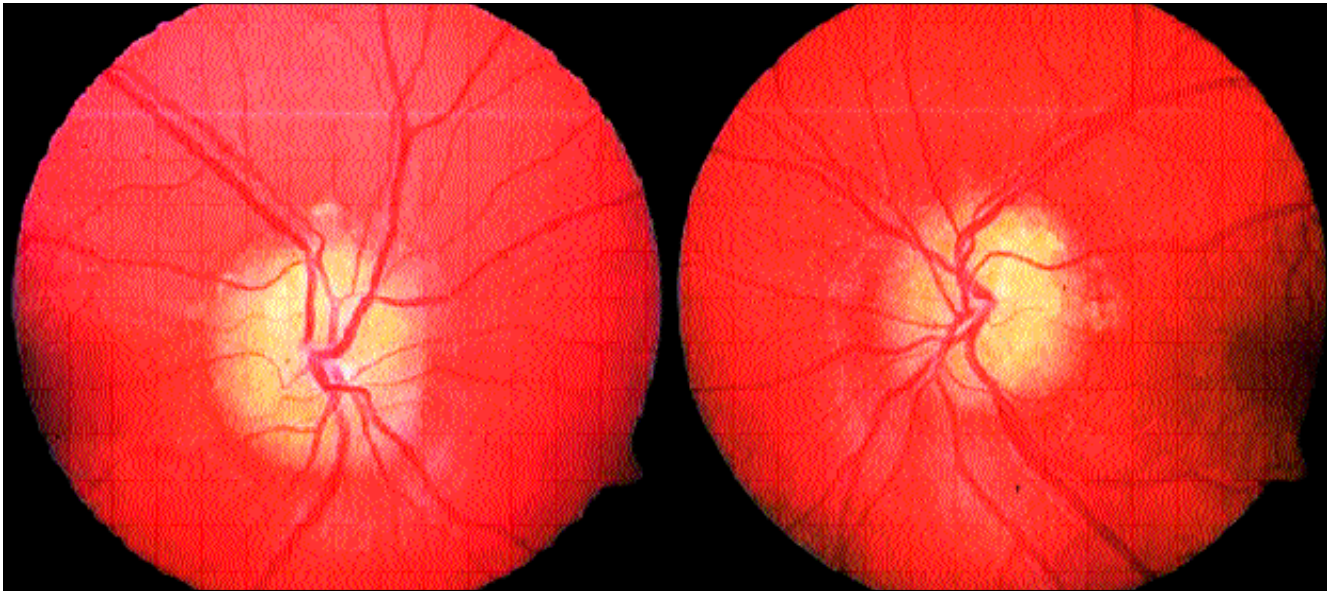
Key words: optic disc drusen, glaucoma, visual field test, electrophysiology.

Druzy nerwu wzrokowego zbudowane są z hialinopodobnych zwapnień i w 75% występują w obojgu oczach (4,8,11). Podczas badań klinicznych stwierdza się je średnio u 0,3% populacji (6,8,11). Są dobrze widoczne podczas badania wziernikiem (druzy zewnętrzne), zwłaszcza oglądane w półcieniu (2). Ich obecność może jednak maskować inne choroby. Jeśli skupiają się okrężnie i w większej ilości na brzegu tarczy, mogą stwarzać wrażenie, że jej granica jest zamazana (najczęstsza przyczyna rzekomej tarczy zastoinowej u dzieci) (7,9). Ich obecność może również uniemożliwiać prawidłową ocenę stosunku c/d. Mogą również zastępować pojawiające się otwory w blaszce sitowej (11). Nietypowe drzewkowate odejście naczyń na tarczy z druzami może zaburzać charakterystyczne dla jaskry podwójne, bagnetowate ugięcie naczyń (6,7,11,13). Druzy mogą doprowadzać, w wyniku ucisku na włókna nerwowe, do ich zaniku i w konsekwencji do powstawania ubytków w polu widzenia (2). Opiswane zmiany są bardzo różne, niecharakterystyczne. Mogą przypominać zmiany jaskrowe. Możemy spotkać się z poszerzeniem plamy ślepej, wystąpieniem mroczka środkowego, koncentrycznego zawężenia pola widzenia oraz mroczków w dolnej jego połowie (1,2,4,8,9,10).

Opis pacjenta

17-letnia pacjentka została przyjęta do kliniki w trybie pilnym ze względu na bardzo silny i przenikliwy ból głowy i gałek ocznych. Podobne dolegliwości, ale o mniejszym nasileniu pojawiały się już od ok. 10 miesięcy. Przed rokiem była leczona szpitalnie z powodu zapalenia nerwu wzrokowego oka lewego (brak dokumentacji). Innych skarg nie zgłaszała. Z wywiadu wynikało, że matka była leczona z powodu jaskry. Ostrość wzroku, zarówno do dali, jak i do bliży, była prawidłowa. Przedni odcinek obojga oczu był bez odchyłań od normy, źrenice – okrągłe, prawidłowo reagujące na światło.

Ciśnienie wewnątrzgałkowe mierzone tonometrem aplanacyjnym w OP = 27 mmHg, w OL = 19 mmHg. Dno oczu: tarcze nerwu II o lekko zatartych granicach, zwłaszcza od strony skroni z widocznymi dość licznymi druzami, w większej ilości w oku lewym. Granice wnęki naczyniowej trudne do interpretacji. Naczynia tętnicze i żyłne o prawidłowym przebiegu i szerokości. Plamki z refleksem (ryc. 1). Podczas badania z użyciem fundus kamery, z włączonym filtrem wzbudzającym i odcinającym, stwierdzono bardzo wyraźną autofluorescencję druz właściwie na całej powierzchni obu tarcz. Badanie USG potwierdziło ich obecność (o wysokości ok. 1,1-1,2 mm) (ryc. 2). Podobny obraz druz w badaniu z użyciem fundus kamery i w badaniu USG jest opisywany przez innych autorów (5,6,9,11,13). W polu widzenia kinetycznym wykazano poszerzenie plam ślepych w obojgu oczach oraz obecność mroczka bezwzględnie, obejmującego prawie cały kwadrant skroniowo-dolny w oku lewym, a w oku prawym zawężenie pola widzenia w tym kwadrancie (ryc. 3). W polu widzenia statycznym, wykonanym w zakresie od 0-30°, stwierdzono w obojgu oczach liczne mroczki względne i bezwzględne, łącznie się z plamą ślepą w obu kwadrantach dolnych (ryc. 4). Ze względu na dolegliwości zgłaszane przez pacjentkę rozszerzono diagnostykę o MR głowy, które nie odbiegało od normy. W badaniu krzywej dobowej ciśnienia wewnątrzgałkowego, wykonanym tonometrem aplanacyjnym, stwierdzono jego wzrost w obojgu oczach do 25 mmHg. Kąt przesączania w obojgu oczach był otwarty, szeroki. Wykonano komplet badań elektrofizjologicznych. W PERG latencje P50 i N95 były prawidłowe, amplitudy na dolnej granicy normy. FERG nie odbiegał od normy, a amplitudy potencjałów oscylacyjnych były wysokie. FVEP: wydłużone latencje jednakowo z obojga oczu, amplitudy obniżone. Zdecydowano się na włączenie 0,5% Oftensinu 1 x dziennie oraz Cavintonu w dawce 2 x 1 tabl. Dolegliwości bólowe ustąpiły. Przy próbie odstawienia leczenia po 6 miesiącach

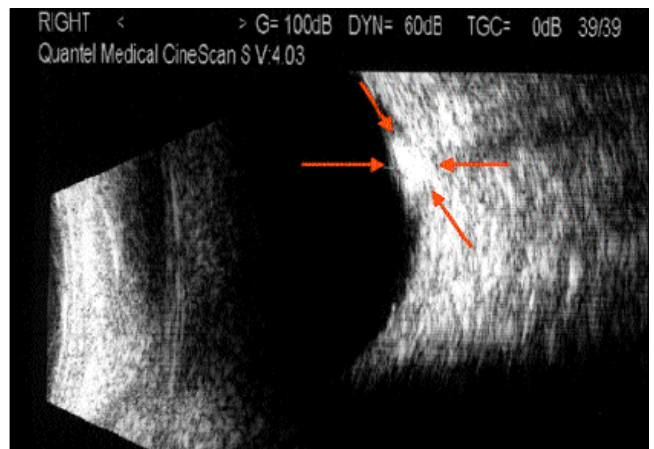


Ryc. 1. Druzy tarczy nerwu wzrokowego w obojgu oczach.
Fig. 1. Optic disc drusen in both eyes.

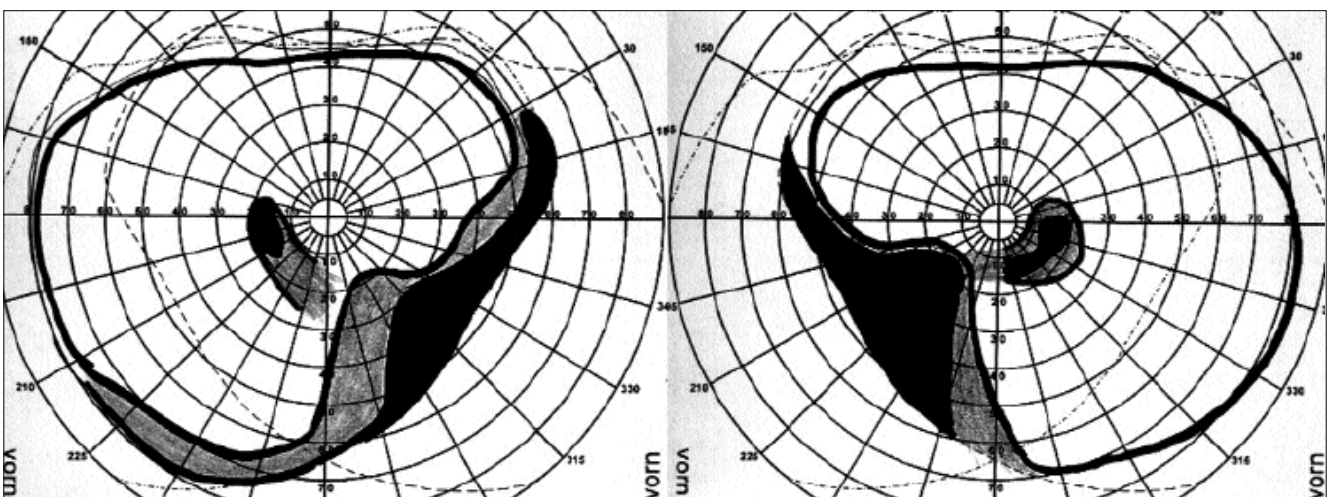
stwierdzono podwyższone ciśnienie wewnątrzgałkowe obojga oczu i nawrót dolegliwości bólowych. Włączono 0,3% Betamann 2 x dziennie. Ciśnienie wewnątrzgałkowe, kontrolowane po kolejnych 6 miesiącach, było w granicach normy. Wykonane wtedy badania pola widzenia kinetyczne uwidoczniły jednak dalsze poszerzenie plam ślepych i wyznaczonych wcześniej mroczków. Również w badaniach pól widzenia statycznych stwierdzono dalsze obniżenie czułości siatkówki i pogłębienie istniejących mroczków. Nie zaobserwowano istotnego zwiększenia ilości druz na powierzchni tarcz. W kontrolnym PVEP stwierdzono: latencje P_{100} nieco dłuższe niż poprzednio (o 1-3 msek.), amplitudy niższe (o 1-2 μV). Flash VEP: OP – na granicy normy, OL – amplituda podobna do OP, latencja wydłużona do 110%. Pacjentka pozostaje w regularnej kontroli okulistycznej.

Omówienie

Pierwszym objawem, który był przyczyną przeprowadzenia pogłębionych badań okulistycznych, były dolegliwości bólowe

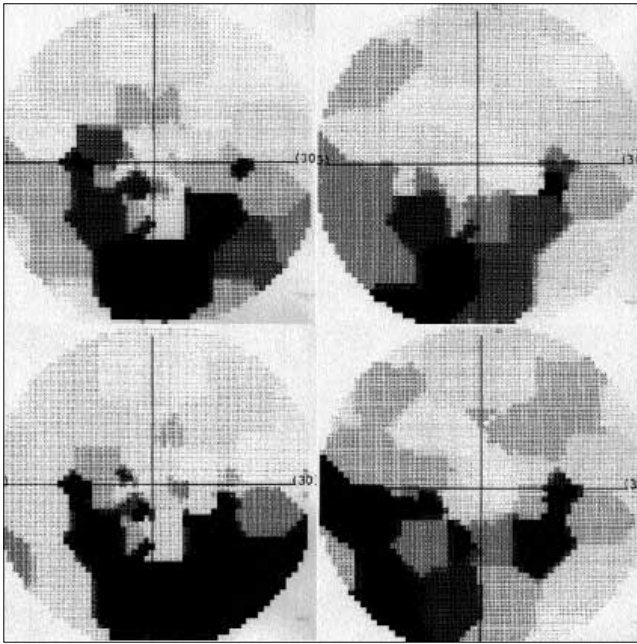


Ryc. 2. Druzy tarczy nerwu wzrokowego w USG.
Fig. 2. Ultrasonographic picture of optic disc drusen.



Ryc. 3. Pole widzenia kinetyczne. Kolorem czarnym oznaczono ubytki pola widzenia w pierwszym badaniu, kolorem szarym – rok później. Izoptera obwodowa wyznaczona znakiem 2/IV, plama ślepa – 2/II.

Fig. 3. Kinetic visual field. Black color indicates scotomas found at the first examinations, gray one year later. Periphery was examined by 2/IV, blind spot 2/II.



Ryc. 4. Statyczne pole widzenia 0-30 stopni. AB – pierwsze badanie; CD – po roku; A, C – oko lewe; B, D – oko prawe.

Fig. 4. Static perimetry 0-30°. AB – the first examinations; CD – one year later; A, C – left eye; B, D – right eye.

(pacjentka obciążona wywiadem jaskrowym, hospitalizowana z powodu zapalenia nerwu wzrokowego). Mimo włączenia leczenia obniżającego ciśnienie wewnątrzgałkowe i stosowania leków poprawiających krążenie doszło do progresji zmian w polu widzenia. Badania elektrofizjologiczne wskazują, że pogorszenia wyników pola widzenia nie można tłumaczyć tylko obecnością druz. Obniżenie amplitudy PERG wynika z nieprawidłowej czynności komórek zwojowych. Podobne zmiany są opisywane w jaskrze. Również etiologię niedokrwinną, jaskrową potwierdzają wyniki VEP, a zwłaszcza wydłużenie latencji P_{100} w prawym oku (patologiczne VEP w lewym oku są prawdopodobnie skutkiem przebytego zapalenia nerwu wzrokowego). Większe wydłużenie latencji w pra-

wym oku i obniżenie amplitudy w badaniu kontrolnym potwierdzają postęp choroby, stwierdzony również na podstawie pogłębienia się zmian w polu widzenia. Nieprawidłowe VEP u pacjentów z jaskrą, pomimo dobrej ostrości wzroku, występują w stanach zaawansowanych ubytków w polu widzenia (13). Nie stwierdzono natomiast istotnego obniżenia amplitudy N75, opisywanego u pacjentów z druzami nerwu II (11). Zmieniony obecnością druz obraz tarczy nerwu wzrokowego i ubytki pola widzenia mogą utrudniać diagnostykę i monitorowanie jaskry (11).

PIŚMIENNICTWO: 1. Bessmeltseva O. I., Volkov V. V., Bagrova L. V.: *Druzy dyska zretinalnego nerwa*. *Vestn-Oftalmol.*, 2000, 116 (4), 28-30. 2. Bryk E.: *Dno oka w chorobach pozaukładowych PZWL*. Warszawa, 1989, 105-106. 3. Gay D., Boyer S.: *Two differing presentations of nerve head drusen*. *Optometry*, 2001, 72 (9) 588-596. 4. Haedrich C., Staubach F., Witschel H.: *Optic disk drusen*. *Ophthalmol.*, 2002, 47 (6), 515-32. 5. Kałużny J., Mierzejewski A., Milewski S. A., Kałużny J. J.: *Badanie angiograficzne dna oka*. Volumed, Wrocław, 1998, 194. 6. Kański J. J.: *Okulistyka kliniczna*. Urban and Partner, Wrocław, 1997, 502-503. 7. Kański J. J., Nischal K. K.: *Okulistyka. Objawy i różnicowanie*. Urban and Partner, Wrocław, 2002, 267-268. 8. Kropińska E., Kałużny J. J., Mierzejewski A., Dębowska-Weiss J.: *Druzy tarczy nerwu wzrokowego – opis przypadku*. *Klin. Oczna*, 2000, 102 (3), 209-212. 9. Prost M. E.: *Problemy okulistyki dziecięcej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 1998, 299-300. 10. Roch S., Noecker R. J., Schuman J. S.: *Evaluation of coexisting optic nerve head drusen and glaucoma with optical coherence tomography*. *Ophthalmology*, 1997, 104 (7), 1138-1144. 11. Siwiec J., Bernardczyk-Meller J.: *Możliwości diagnostyczne wybranych przypadków druz tarczy nerwu wzrokowego*. *Okulistyka*, 2000, 3, 59-62. 12. Steele M., Seiple H., Carr R. E., Klug R.: *The clinical utility of visual-evoked potential acuity testing*. *Am. J. Ophthalmol.*, 1989, 108, 572-577. 13. Turno-kręcicka A., Barć A., Kański J. J.: *Choroby oczu u dzieci. Kompendium diagnostyki i terapii*.

Praca wpłynęła do Redakcji 20.01.2004 r. (408).

Adres do korespondencji (Reprint requests to):
dr n. med. Dorota Pojda-Wilczek
ul. Żeromskiego 7
41-902 Bytom