

(08)

Nosowo zlokalizowany dołek rozwojowy tarczy nerwu wzrokowego z towarzyszącą makulopatią

Nasally located congenital optic disc pit with concomitant maculopathy

Anna Święch-Zubilewicz¹, Tomasz Chorągiewicz², Joanna Dolar-Szczasny¹, Robert Rejda²,
Jerzy Mackiewicz¹

¹ Klinika Chirurgii Siatkówki i Ciała Szklonego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
Kierownik: dr hab. n. med. Jerzy Mackiewicz

² Klinika Okulistyki Ogólnej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Robert Rejda

Streszczenie:	Rozwojowy dołek tarczy nerwu wzrokowego jest wrodzoną anomalią, której może towarzyszyć makulopatia. Przedstawiony w tej pracy opis przypadku dotyczy rzadko spotykanego nosowego umiejscowienia dolka z towarzyszącą mu makulopatią u 64-letniej kobiety.
Słowa kluczowe:	rozwojowy dołek tarczy, makulopatia, surowicze uniesienie siatkówki.
Summary:	Optic disc pit is a congenital optic disc anomaly, which can be associated with maculopathy. The case of an unusually nasally located pit with concomitant maculopathy in a 64-year-old woman is presented.
Key words:	congenital optic disc, maculopathy, serous retinal detachment.

Wstęp

Dołek rozwojowy tarczy nerwu wzrokowego (n. II) po raz pierwszy opisał Wieth w 1882 roku. Powstaje on w wyniku niepełnego zamknięcia się górnego brzegu szczeliny zarodkowej. Częstość występowania tej neuropatii szacuje się na 1: 10000, w 15% przypadków jest ona obustronna. Zwykle rozwojowy dołek tarczy znajduje się w jej dolnej skroniowej części. W przypadku rozwinięcia się wtórnej makulopatii dochodzi do obniżenia ostrości widzenia. Częstość występowania wtórnej makulopatii wynosi 25–75% (1). Prognozy w odniesieniu do widzenia są złe z powodu przewlekłego surowiczego odwarstwienia siatkówki, tworzenia się wtórnych otworów plamki i lokalnego zaniku komórek nabłonka barwnikowego siatkówki (Retinal Pigment Epithelium – RPE). Ponadto dołek rozwojowy tarczy n. II może powodować zmiany w polu widzenia takie jak poszerzenie plamy ślepej czy obecność łukowatych ubytków.

Makulopatia

Dotychczas nie poznano dokładnie mechanizmu odpowiadającego za powstanie wtórnej makulopatii, na którą składają się początkowo surowicze odwarstwienie, a z czasem rozwarstwienie siatkówki w obrębie plamki.

Wydaje się, że najbardziej prawdopodobna jest teoria wskazująca na istnienie połączenia przestrzeni podpajęczynówkowej z podsiatkówkową, poprzez które płyn dostaje się w okolice plamki (2).

W obrazowaniu makulopatii związanej z dołkiem rozwojowym tarczy n. II główną rolę odgrywa obecnie badanie optycznej koherentnej tomografii (Optical Coherence Tomography – OCT), które umożliwia obrazowanie zarówno rozwarstwienia

w obrębie siatkówki sensorycznej, jak i surowiczego odwarstwienia siatkówki sensorycznej od warstwy nabłonka barwnikowego (3–5). Pomocne są także badania: ultrasonografii (USG), angiografii fluoresceinowej (Fluorescein Angiography – FA) oraz perymetrii i mikroperymetrii (6).

Leczenie makulopatii związanej z rozwojowym dołkiem tarczy jest trudne, często niesatysfakcjonujące, zwłaszcza w okresie dłuższej obserwacji. Stosunkowo najlepsze wyniki uzyskuje się za pomocą witrektomii połączonej z endotamponadą gazową i laserokoagulacją siatkówki (7, 8). Obserwowane są też przypadki samoistnego wchłonięcia się płynu podsiatkówkowego (9, 10).

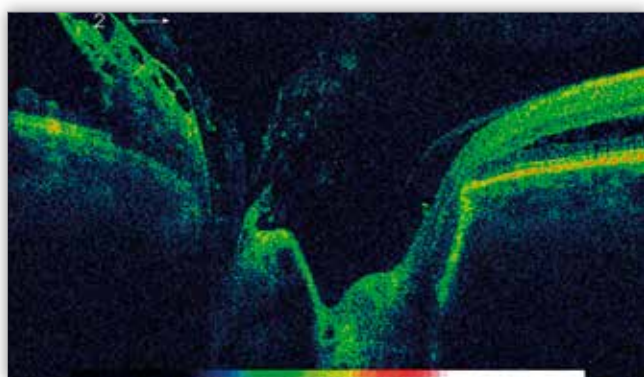
Opis przypadku

Do Kliniki Chirurgii Siatkówki i Ciała Szklonego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie zgłosiła się 64-letnia kobieta z powodu stopniowo pogarszającego się widzenia w oku lewym (OL) w okresie ostatnich 2–3 lat. Wywiad ogólny był bez znaczenia.

W badaniu okulistycznym nie stwierdzono zmian w obrębie przedniego odcinka gałek ocznych prawej i lewej. Ostrość wzroku oka prawego (OP) V.o.d. = 1,0, Sn.o.d. = 0,5 cc +3,0 Dsph, V.o.s. = 0,2, Sn.o.s. = 1,5 cc +3,5 Dsph. Wartości ciśnienia wewnątrzgałkowego (Intraocular Pressure – IOP) wynosiły: w OP T.o.d. = 12 mmHg, w OL T.o.s. = 14 mmHg. Wynik stereoskopowego badania dna OP nie wykazał zmian patologicznych. Na dnie OL były widoczne surowiczy obrzęk plamki oraz surowicze lokalne uniesienie siatkówki w górnej nosowej okolicy okołotarczowej (ryc. 1.). Obraz badania OCT tarczy n. II potwierdził obecność rozwojowego dolka tarczy n. II w sąsiedztwie tego uniesienia (ryc. 2.).



Ryc. 1. Kolorowa fotografia dna oka lewego (OPTOS).
Fig. 1. Colour fundus photography of the left eye (OPTOS).

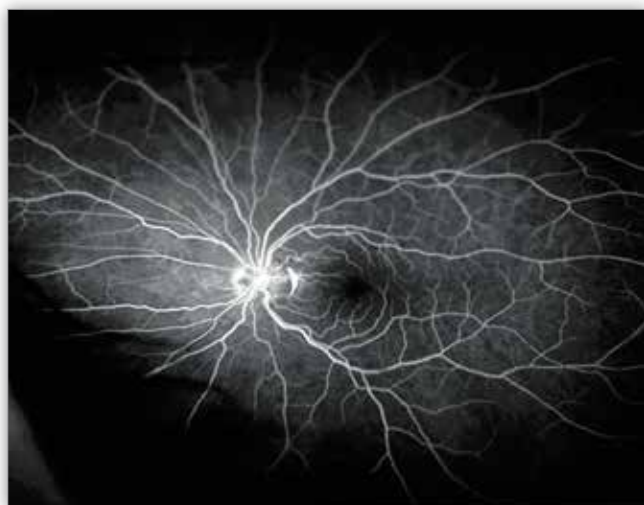


Ryc. 2. Obraz badania OCT tarczy n. II oka lewego – widoczne rozwarstwienie siatkówki wychodzące z rejonu tarczy n. II.
Fig. 2. OCT of the optic disc pit with visible retinoschisis arising from the optic disc.

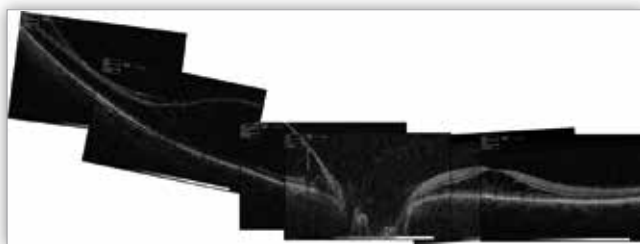
Badania diagnostyczne

Obraz badania FA uwidoczniał niewielką hyperfluorescencję przy górnym nosowym brzegu tarczy n. II OL (ryc. 3.).

Obraz badania OCT siatkówki OL uwidoczniał istotne odchylenia zarówno w obszarze plamki, jak i w górnej nosowej okolicy przytarczowej (ryc. 4.). Bardzo wysokie surowicze uniesienie

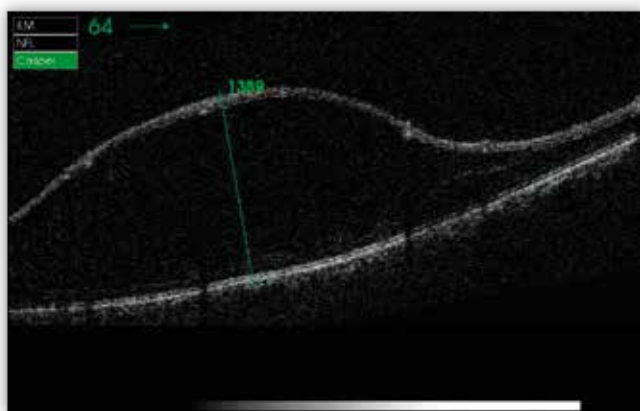


Ryc. 3. Wynik badania szerokokątnej angiografii fluoresceinowej oka lewego (Optos).
Fig. 3. Wide-field fluorescein angiography of left eye (Optos).



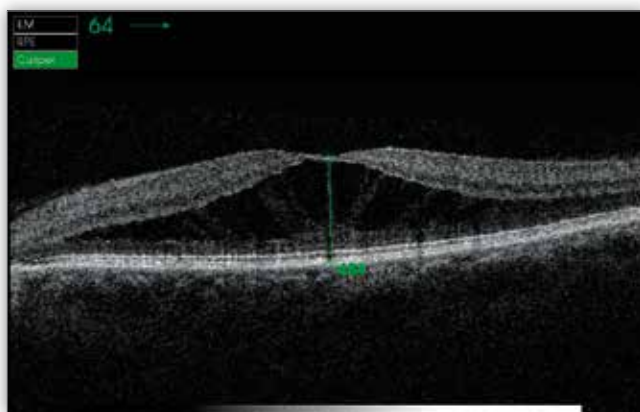
Ryc. 4. Złożony obraz badania OCT siatkówki oka lewego – widoczne wysokie surowicze odwarstwienie siatkówki w nosowej okolicy przytarczowej oraz torbielowaty obrzęk plamki.

Fig. 4. The composite OCT scan of the left retina revealing a high nasally located serous retinal detachment in peripapillary area and cystoid macular edema.



Ryc. 5. Obraz badania OCT nosowej części siatkówki – widoczne surowicze uniesienie siatkówki.

Fig. 5. The OCT image of the nasal retina with serous retinal detachment.



Ryc. 6. Obraz badania OCT części plamkowej – widoczny torbielowaty obrzęk plamki.

Fig. 6. The OCT image of the macular region showing cystoidal macular edema.

sienie siatkówki (1389 μm) zaobserwowano w nosowej okolicy przytarczowej w sąsiedztwie dołka rozwojowego tarczy n. II (ryc. 5.). Ponadto uwidoczniono znaczący torbielowaty obrzęk centralnej okolicy plamki (484 μm) (ryc. 6.).

Omówienie

Dołek rozwojowy tarczy n. II często prowadzi do zaburzeń widzenia spowodowanych wtórnymi zmianami w plamce o charakterze surowiczego odwarstwienia, a także rozwarstwienia siatkówki. Dzieje się tak, ponieważ w większości przypad-

ków dołek rozwojowy umiejscawia się w okolicy skroniowego brzegu tarczy n. II i w związku z tym okolica plamkowa pozostaje w jego bliskim sąsiedztwie. Wówczas zaburzenia ostrości widzenia pojawiają się zwykle w 20.–30. roku życia chorego. W opisywanym przez nas przypadku u chorej rozwojowy dołek tarczy znajduje się przy nosowym brzegu tarczy n. II, jest to dośyć nietypowe umiejscowienie. W związku z powyższym wtórne zmiany siatkówkowe rozwinęły się zwłaszcza w przylegającej do dołka okolicy przytarczowej nosowej, początkowo zatem nie dawały żadnych subiektywnych objawów. Chora zauważyła pogorszenie się ostrości wzroku dopiero około 60. roku życia, ponieważ w tym okresie doszło do pojawienia się wtórnej makulopatii położonej w dużej odległości od dołka.

Opisany przez nas przypadek chorej, u której doszło do pogorszenia widzenia z powodu znaczącego torbielowatego obrzęku plamki współistniejącego z oddalonym dołkiem rozwojowym tarczy n. II, wskazuje, że konieczna jest dokładna ocena siatkówki, która nie ogranicza się jedynie do okolicy plamki, lecz także do tarczy n. II oraz okolicy okołotarczowej. Badaniem bardzo pomocnym do postawienia właściwej diagnozy i zaplanowania optymalnego leczenia jest OCT.

Piśmiennictwo:

1. Georgalas I, Ladas I, Georgopoulos G, Petrou P: *Optic disc pit: a review*. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol. 2011; 249: 1113–1122.
2. Jain N, Johnson MW: *Pathogenesis and treatment of maculopathy associated with cavitory optic disc anomalies*. Am J Ophthalmol. 2014; 158 (3): 423–435.
3. Imamura Y, Zweifel SA, Fujiwara T, Freund KB, Spaide RF: *High-resolution optical coherence tomography findings in optic pit maculopathy*. Retina. 2010; 30 (7): 1104–1112.
4. Roy R, Waanbah AD, Marthur G, Raman R, Sharma T: *Optical coherence tomography characteristics in eyes with optic pit maculopathy*. Retina. 2013; 33 (4): 771–775.
5. Wong CW, Wong D, Mathur R: *Spectral domain optical coherence tomography imaging in optic disc pit associated with outer retinal dehiscence*. Clin Ophthalmol. 2014; 8: 2125–2128.
6. Brar VS, Murthy RK, Chalam KV: *Functional microperimetry and SD-OCT confirm consecutive retinal atrophy from optic nerve pit*. Clin Ophthalmol. 2009; 3: 625–628.
7. Avci R, Yilmaz S, Inan UU, Kaderli B, Kurt M, Yalcinbayir O, et al.: *Long-term outcomes of pars plana vitrectomy without internal limiting membrane peeling for optic disc pit maculopathy*. Eye (Lond). 2013; 27(12): 1359–1367.
8. Rayat JS, Rudnisky CJ, Waite C, Huang P, Sheidow TG, Kherani A, et al.: *Long-term outcomes for optic disc pit maculopathy after vitrectomy*. Retina. 2015; 35(10): 2011–2017.
9. Parikakis EA, Chatziralli IP, Peponis VG, Karagiannis D, Stratos A, Tsiotra VA, et al.: *Spontaneous resolution of long-standing macular detachment due to optic disc pit with significant visual improvement*. Case Rep Ophthalmol. 2014; 5: 104–110.
10. Vedantham V, Ramasamy K: *Spontaneous improvement of serous maculopathy associated with congenital optic disc pit; an OCT study*. Eye (Lond). 2005; 19: 596–599.

Praca wpłynęła do Redakcji 02.11.2015 r. (KO-00035-2015)
Zakwalifikowano do druku 16.02.2016 r.

Adres do korespondencji (Reprint requests to):
dr hab. n. med. Anna Święch-Zubilewicz
Klinika Chirurgii Siatkówki i Ciała Szklonego
ul. Chmielna 1
20-149 Lublin
e-mail: anna.zub@umlub.pl