

(72)

Nawracające izolowane porażenie nerwu odwodzącego u młodej kobiety – opis przypadku

Recurrent isolated abducens nerve palsy in a young woman – a case report

Tomasz Żarnowski, Katarzyna Nowomiejska, Zbigniew Zagórski

Z Katedry i I Kliniki Okulistyki Akademii Medycznej w Lublinie
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Zbigniew Zagórski

Summary: We present a case of isolated unilateral abducens nerve palsy with multiple recurrences in a young woman. First episode occurred at the age of 12 with no apparent reason. The palsy resolved without other associated neurological signs or symptoms, neuro-imaging test were also normal. Since that time she had 6 episodes lasting 6-8 weeks with the average interval of 1 year and 4 months. Each episode was followed by a headache of the right hemisphere. The diagnosis of benign sixth nerve palsy is one of exclusion and may be made after the long period of observation and diagnostic procedures.

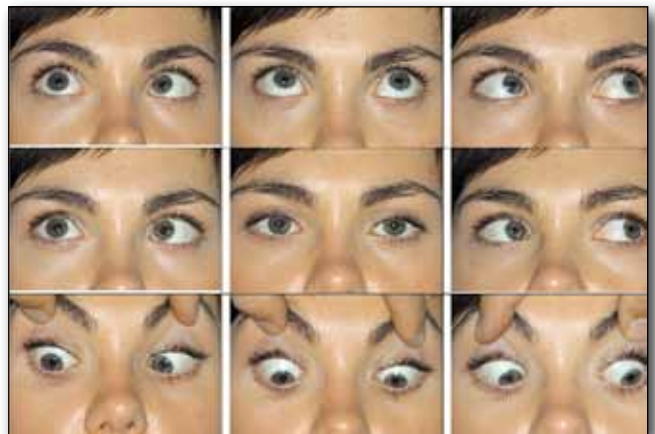
Słowa kluczowe: nawracające porażenie nerwu odwodzącego.

Key words: recurrent sixth nerve palsy.

Celem pracy jest przedstawienie przypadku młodej pacjentki z nawracającym izolowanym porażeniem nerwu odwodzącego, poprzedzonym bólem głowy po stronie porażenia.

Opis przypadku

Do pierwszego porażenia nerwu VI u dziewczynki doszło w wieku lat 12 bez konkretnej przyczyny, tj. nie poprzedzał go uraz, infekcja wirusowa czy immunizacja poprzez szczepienie. Był on poprzedzony jedynie silnym bólem głowy po prawej stronie. Pacjentka skarżyła się na poziome podwójne widzenie, pogłębiające się podczas patrzenia w prawo. Ostrość wzroku w obojgu oczach wynosiła 1,0, ciśnienie wewnątrzgałkowe było w granicach normy, reakcje źrenic były prawidłowe, pole widzenia oraz widzenie barw – również prawidłowe, przedni odcinek oka bez zmian. Oftalmoskopowo tarcza nerwu wzrokowego wyglądała prawidłowo, tylny biegun i obwód dna oka również nie wykazywały odchyłań od normy. Badanie ruchomości gałek ocznych wykazało zaburzenie odwodzenia oka prawego (ryc. 1), wykonano również badanie za pomocą ekranu Hessa. Wyniki rutynowych badań laboratoryjnych były prawidłowe, badanie neurologiczne, przeprowadzone zwłaszcza w kierunku diagnostyki SM i *myastenia gravis*, nie wykazało odchyłań od normy. Badanie CT z angiografią oraz MRI nie wskazywały na istnienie patologii w obrębie ośrodkowego układu nerwowego (OUN). Objawy porażenia nerwu VI ustąpiły bez żadnych następstw, powtórzyły się jeszcze 6 razy, średnio co 16 miesięcy, trwając od 6 do 8 tygodni. Ból głowy po stronie porażenia (zawsze po prawej) poprzedzał każdy nawrót. Pomiędzy kolejnymi pacjentka zgłaszała również okresowe bóle głowy, jednak o mniejszym nasileniu niż ten powodujący porażenie. W okresie każdego nawrotu chora była badana okulistycznie i neurologicznie, wykonywano również obrazowe badania neuroradiologiczne.



Ryc. 1. Ustawienie oczu pacjentki we wszystkich pozycjach. Zaburzenie ruchomości w odwodzeniu oka prawego.

Fig. 1. Eye position in all directions. Limitation of abduction in the right eye.

Omówienie

Izolowane porażenie nerwu odwodzącego może występować we wszystkich grupach wiekowych, jakkolwiek etiologia jest różna w zależności od wieku pacjenta. U dzieci ta jednostka chorobowa jest zazwyczaj poprzedzona infekcją wirusową (1). Przypuszcza się, że może to być poinfekcyjna mononeuropatia o podobnym charakterze jak w zespole Guillain–Barre (2). U osób dorosłych przyczyną jest najczęściej niedokrwienna mononeuropatia, której tłem jest nadciśnienie tętnicze lub cukrzyca (3). U młodych pacjentów, po wykluczeniu urazu jako przyczyny, istnieje dość duże prawdopodobieństwo istnienia procesu rozrostowego mózgu (4), w każdym przypadku niezbędne jest więc wykonanie obrazowych badań neuroradiologicznych (CT oraz MRI). Należy również pamiętać o możliwości istnienia (choć zdarza się to rzadko) tętniaka naczyń mózgu (5) i wykonać badanie angiograficzne mózgu.

U naszej chorej, po wykonaniu szeregu badań diagnostycznych i zebraniu dokładnego wywiadu, nie stwierdzono przyczyny izolowanego nawracającego porażenia nerwu odwodzącego. Istnienie wielokrotnych nawrotów bez stwierdzenia obecności infekcji wirusowej, poprzedzającej porażenie nerwu, pozwala sądzić, że nie wszystkie „łagodne” przypadki u dzieci są następstwem infekcji (6). Możliwym wytłumaczeniem etiologii porażenia nerwu VI w niniejszym przypadku jest fakt wystąpienia silnego bólu migrenowego, poprzedzającego wystąpienie porażenia. W piśmiennictwie przedstawiano pojedyncze nieczęste przypadki tzw. migreny okoporażennej, dotyczące najczęściej nerwu III (dołączają się nieprawidłowości źreniczne i opadnięcie powieki), rzadziej nerwu VI i najrzadziej nerwu IV. Według International Headache Classification ten typ porażenia został ostatnio przeklasyfikowany jako zapalna neuropatia czaszkowa, a nie podtyp migreny. Porażenie utrzymuje się kilka tygodni, prawie zawsze cofając się. Po powtarzających się nawrotach mogą pozostać pewne deficyty w funkcjonowaniu nerwu. Zapobiegawczo proponuje się stosowanie beta-blokerów i blokerów kanałów wapniowych (7).

Kline i Bajandas (3), analizując osiem retrospektywnych badań przeprowadzonych na chorych (w grupach od 88 do 607 osób) z porażeniem nerwu VI, stwierdzili, że w 8-30% przypadków etiologia porażenia nerwu odwodzącego nie jest określona, zwrócili również uwagę na jego wrażliwość na czynniki przejściowe i niemożliwe do zdefiniowania.

Z kolei 16-30% przypadków zaliczyli do grupy przyczyn „różnych”, gdzie zawierały się przypadki migreny, białaczki, łagodnego nadciśnienia śródczaszkowego oraz stwardnienia rozsianego.

Wnioski

1. Diagnozę łagodnego porażenia nerwu odwodzącego zawsze stawia się poprzez wykluczenie innych chorób – po długim okresie obserwacji i przeprowadzeniu wielu badań.
2. Badania obrazujące, takie jak CT lub MRI, są niezbędne do wykluczenia patologii śródczaszkowych, szczególnie u młodych pacjentów.

PIŚMIENNICTWO:

1. Werner D. B., Savino P. J., Schatz N. J.: *Benign recurrent sixth nerve palsies in childhood. Secondary to immunization or viral illness*. Arch. Ophthalmol., 1983, 101, 607-608.
2. Bixenman W. W., von Noorden G. K.: *Benign recurrent VI nerve palsy in childhood*. J. Pediatr. Ophthalmol. Strabismus, 1981, 18, 29-34.
3. Kline L. B., Bajandas F. J.: *Neuro-ophthalmology. Review manual*. Slack, wyd. V, Nowy Jork, USA, 2001, 93-102.
4. Peters G. B., Bakri S. J., Krohel G. B.: *Cause and prognosis of nontraumatic sixth nerve palsies in young adults*. Ophthalmology, 2002, 109, 1925-1928.
5. Oleszczyńska-Prost E., Tarantowicz-Mazurek D., Tarantowicz W., Bukala-Mroczek A., Jurkiewicz E.: *Abducent nerve palsy as the only symptom of intracavernous carotid aneurysm in a child*. Klin. Oczna, 1996, 98, 451-454.
6. Boger W. P., Puliafito C. A., Magoon E. H., Sydnor C. F., Knupp J. A., Buckley E. G.: *Recurrent isolated sixth nerve palsy in children*. Ann Ophthalmol., 1984, 16, 237-238, 240-244.
7. Levin M., Ward T.N.: *Ophthalmoplegic migraine*. Curr. Pain Headache Rep., 2004, 8, 306-309.

Praca wpłynęła do Redakcji 27.12.2005 r. (824).
Zakwalifikowano do druku 19.07.2006 r.

Adres do korespondencji (Reprint requests to):
dr n. med. Tomasz Żarnowski,
Katedra i I Klinika Okulistyki AM w Lublinie
ul. Chmielna 1, 20-079 Lublin