

(32)

Ostra neuroretinopatia – opis przypadku

Acute macular neuroretinopathy – case report

Dorota Pojda-Wilczek, Ewa Herba

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

Summary: Purpose: The aim of this study is to present rare retinal disease of unknown origin. Material and methods: 27-years-old man was diagnosed because of poor vision in the left eye, which lasted 4-5 weeks. Following examinations were performed: Visual acuity, contrast sensitivity, color perception, visual field, fluorescein angiography (AF), visual evoked potentials (VEP), full-field flash electroretinography (flash ERG), focal – foveal electroretinography (focal ERG), multifocal electroretinography (multifocal ERG). Follow-up 1.5 year. Results: Visual acuity of right eye was 1.25 (-0.1 log MAR) and left eye 1.0 (0.0 log MAR). In left eye between optic disc and macula irregular lesion with dots of retinal pigment epithelium atrophy and little edema was seen. AF revealed small „window” defects. In visual field of the left eye paracentral relative scotoma occurred and in stereokampimetri central relative scotoma was found about 5 degrees from the fixation point. In VEP latency of P100 was delayed and amplitude was reduced in both eyes. In flash as well as focal ERG small reduction of cone function and delayed implicit time of b-wave were found in left eye. In general examination no focal inflammation and no abnormalities in laboratory tests were found. The patient was treated with steroids for 3 weeks. After ten days of general steroid treatment visual acuity improved to 1.25 and subjective improvement of vision occurred. Control examination after 1.5 year revealed no patient's complains, visual acuity 1.25, no change in visual field, VEP improvement. In left eye flat irregular area with pigment epithelium atrophy was seen. Conclusions: Acute macular neuroretinopathy may be diagnosed after detail examination. Prognosis is generally good, recovery is slow, but despite of local retinal atrophy subjective complains disappear completely.

Słowa kluczowe: zapalenie siatkówki, potencjały wywołane wzrokowe, elektroretinografia.

Key words: acute macular neuroretinopathy, visual evoked potential, electroretinography.

Ostra neuroretinopatia dotycząca plamki (acute macular neuroretinopathy) została po raz pierwszy opisana przez Bosa i Deutmana (1), a następnie przez Prilucka i wsp. (2). Choroba dotyczy młodych dorosłych, występuje w jednym lub obojgu oczach. W obrazie oftalmoskopowym i angiograficznym nie obserwuje się nieprawidłowości dotyczących naczyń siatkówki i tarczy nerwu wzrokowego (3).

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie przebiegu rzadko występującego schorzenia siatkówki o nieznannej etiologii.

Pacjent i metody

Mężczyzna, lat 27, był diagnozowany z powodu trwającego 4-5 tygodni pogorszenia widzenia lewego oka z widocznym ciemnym punktem przed okiem. Wykonano badania: ostrość wzroku w dal i z bliska (tablice Snellena), czułość na kontrast (CSV-1000), widzenie barw (tablice Ishihary), pole widzenia (perymetria statyczna automatyczna – Oculus, stereokampimetria Heitza), angiografia fluoresceinowa (AF), wzrokowe potencjały wywołane (VEP), elektroretinografia całopolowa (flash ERG), ogniskowa – dołkowa (focal ERG), wieloogniskowa (multifocal ERG), po stymulacji wzorcem (PERG). Do badań elektrofizjologicznych użyto aparatu

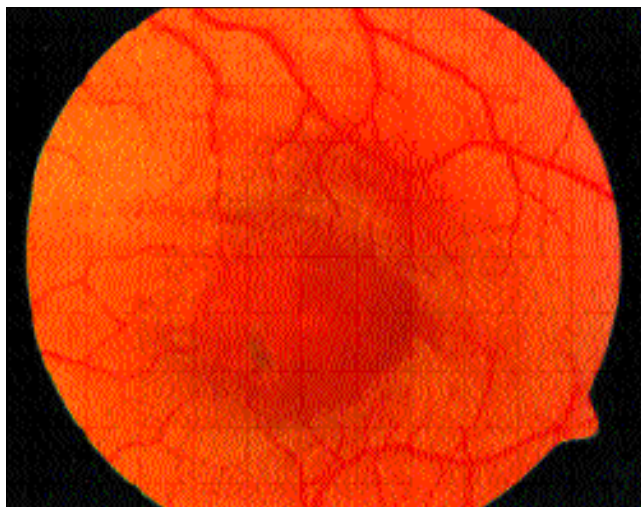
firmy LKC, programu UTAS E-2000. Badano zgodnie ze standardami ISCEV. Czas obserwacji wyniósł 1,5 roku.

Wyniki

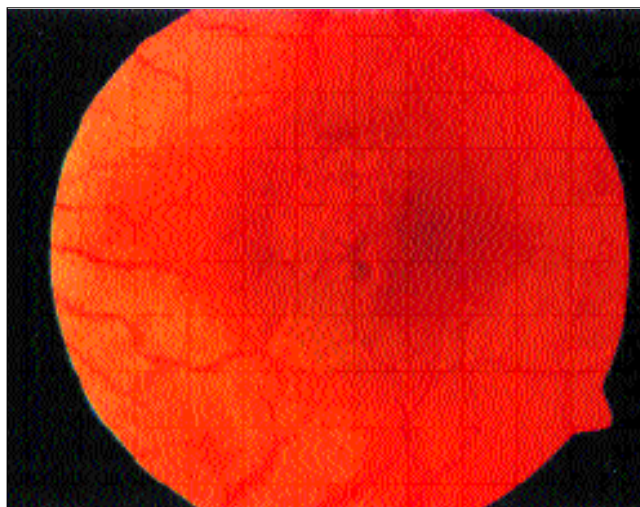
Ostrość wzroku prawego oka wynosiła 1,25 (-0,1 log MAR), a lewego 1,0 (0,0 log MAR). Czułość na kontrast była obniżona w lewym oku tylko w paśmie o najwyższej częstotliwości przestrzennej. Między tarczą a plamką lewego oka widoczne było nieregularne ognisko z drobnymi zanikami nabłonka barwnikowego i obrzękiem wewnętrznych warstw siatkówki, dochodzące do granic dołeczka (ryc. 1).

W AF uwidoczniło się wyłącznie kilka drobnych ubytków „okienkowych” nabłonka barwnikowego siatkówki (ryc. 2).

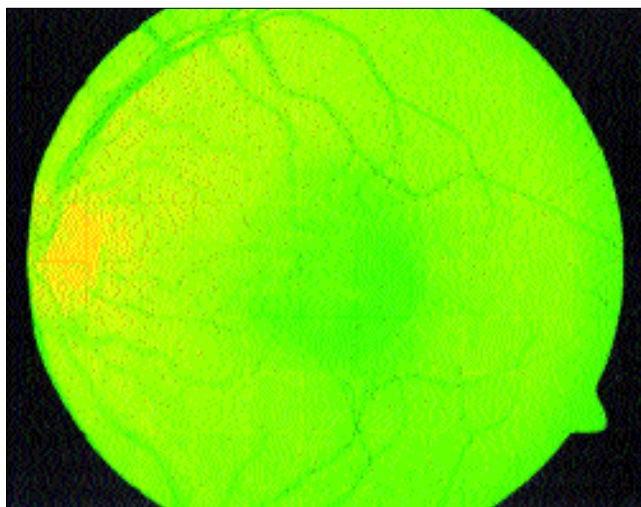
W polu widzenia lewego oka stwierdzono mroczek względny, lokalizacją odpowiadający widocznym zmianom na siatkówce, a w stereokampimetrii Heitza – mroczek względny, obejmujący izoptery do 5° od punktu fiksacji. W VEP występowało wydłużenie latencji P100 o blisko 10 ms w prawym oku i 15-20 ms w lewym. Amplitudy P100 były obniżone do 50% normy w prawym oku i 40% w lewym. W ERG (flash i focal) w lewym oku amplitudy fal a i b odpowiedzi czopkowych były nieznacznie niższe niż w prawym, a czas kulminacji



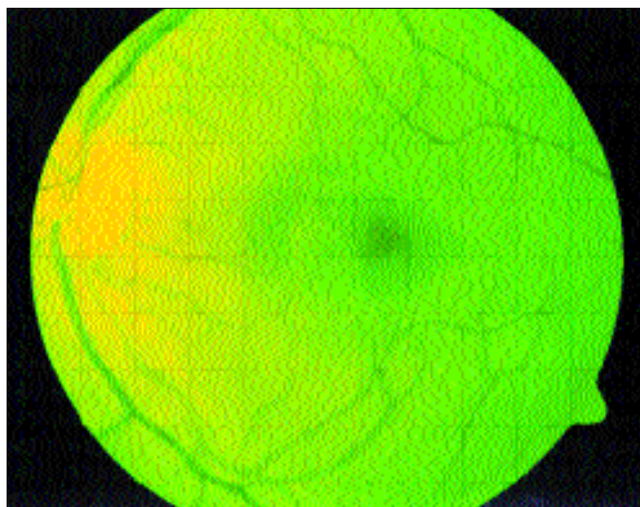
Ryc. 1. Dno oka podczas pierwszego badania.
Fig. 1. Macular appearance in first examination.



Ryc. 3. Dno oka – kontrola po 4 miesiącach.
Fig. 3. Fundus appearance after 4 months follow-up.



Ryc. 2. Angiografia fluoresceinowa – badanie pierwsze.
Fig. 2. Fluorescein angiography – the first examination.



Ryc. 4. Angiografia fluoresceinowa po 4 miesiącach.
Fig. 4. Fluorescein angiography after 4 months follow-up.

fali b był wydłużony. Nie znaleziono ognisk zapalnych, nie stwierdzono nieprawidłowości w badaniach podstawowych krwi i moczu. Przed hospitalizacją pacjent usunął dwa martwe zęby bez widocznych radiologicznie zmian. Po 9 dniach obserwacji i diagnostyki zastosowano leczenie: Solu-Medrol po 500 mg *i. v.* przez dwa dni, a następnie Encorton 55 mg na dobę w dawkach malejących przez trzy tygodnie. Po 10 dniach leczenia ostrość wzroku lewego oka poprawiła się do 1,25 i wystąpiła subiektywna poprawa widzenia. Po 4 miesiącach na dnie lewego oka widoczne było płaskie ognisko z drobnymi przegrupowaniami barwnika (ryc. 3, 4).

Podczas badania kontrolnego po 1,5 roku stwierdzono dno oka jw., brak subiektywnych zaburzeń widzenia, ostrość wzroku stabilną, czułość na kontrast jednakową z obojga oczu, brak zmian w polu widzenia, poprawę VEP (latencje P100 wydłużone o 10 ms, amplitudy obniżone do 80% normy, podobne odpowiedzi z obojga oczu). W PERG amplitudy P50 i N95 z lewego oka były o blisko 1 μ V niższe niż z prawego. W fotopowym błyskowym ERG amplitudy fal a i b w lewym oku były niższe o 5 μ V. W ERG wielogniskowym uzyskano podobne wyniki z obojga oczu, jedynie w lewym oku nieco niższe odpowiedzi rejestrowano z pól zgodnych z lokalizacją wziernikową widocznych zmian.

Omówienie

Nazwa choroby wynika z przekonania, że patologia zlokalizowana jest głównie w wewnętrznych warstwach siatkówki. Jednak obserwacja Sievinga i wsp. (4), dotycząca redukcji wczesnego potencjału receptorowego (ERP) w tej chorobie, sugeruje patologię dotyczącą zewnętrznych segmentów fotoreceptorów. U opisywanego w niniejszej pracy pacjenta obniżone były amplitudy fal a i b ERG, co jest zgodne z tą teorią. Nieprawidłowe PVEP z obojga oczu w pierwszym badaniu w przypadku braku zmian subiektywnych i wziernikowych wskazują na asymetrię zmian chorobowych. Również rozwijająca się w procesie gojenia blizna siatkówki z drobnymi przegrupowaniami barwnika przemawia za wtórnym wciągnięciem w proces chorobowy całej siatkówki. Jednak zmiany czynnościowe nie są tak znaczne jak wziernikowe i mroczki w polu widzenia zanikają.

Wnioski

Ostra neuroretinopatia może być rozpoznana po wykonaniu szczegółowej diagnostyki. Rokowanie jest dobre, w dłuższym okresie następuje poprawa i mimo ogniskowego zaniku siatkówki objawy subiektywne ustępują.

PIŚMIENICTWO:

1. Bos P. J. M., Deutman A. F.: *Acute macular neuroretinopathy*. Am. J. Ophthalmol., 1975, 80, 573-584.
2. Priluck I. A., Beuttner H., Robertson D. M.: *Acute macular neuroretinopathy*. Am. J. Ophthalmol., 1978, 86, 775.
3. Deutman A. F., Hoyng C. B.: *Macular dystrophies*. (w:) Retina, red. S. J. Ryan, Mosby, St. Louis, London, Philadelphia, Sydney, Toronto, wyd. trzecie, 2001, tom II, 1249-1250.
4. Sieving P. A., Fishman G. A., Salzano T., Rabb M. F.: *Acute macular neuroretinopathy: early receptor potential change suggests photoreceptor pathology*. Br. J. of Ophthalmol., 1984, 68, 229-234.

Praca wpłynęła do Redakcji 9.02.2005 r. (697).

Zakwalifikowano do druku 10.02.2005 r.

Symposium Retinologiczne, Poznań 14–16.04.2005 r.

Adres do korespondencji (Reprint requests):
 dr n. med. Dorota Pojda-Wilczek
 Katedra i Oddział Kliniczny Okulistyki
 Szpital Specjalistyczny nr 1
 ul. Żeromskiego 7
 41-902 Bytom

VI SYMPOZJUM SEKCJI KONTAKTOLOGICZNEJ PTO Warszawa 15-17 września 2005 roku

Tematyka Sympozjum:

- nowe generacje soczewek kontaktowych
- przedłużone noszenie soczewek kontaktowych
- terapeutyczne zastosowanie soczewek kontaktowych
- tematy wolne z zakresu kontaktologii

Miejsce obrad i biuro Sympozjum

Wojskowe Centrum Kongresowe
 Warszawa, ul. Żwirki i Wigury 9/13

Imprezy towarzyszące

Spektakl, koktajl powitalny – dn. 15.09.2005 r.,
 godz. 19.00 w miejscu obrad – w ramach opłatyjazdowej

Bal – dn. 16.09.2005 r., godz. 20.00 w miejscu obrad
 – w ramach opłatyjazdowej

Koszty uczestnictwa

Opłatajazdowa do 01.05.2005 r.	– 400 PLN
Dla członków Polskiego Towarzystwa Okulistycznego do 01.05.2005 r.	– 350 PLN
Dla członków Sekcji Kontaktologicznej PTO do 01.05.2005 r.	– 200 PLN
Opłatajazdowa po 01.05.2005 r.	– 500 PLN
Dla członków Polskiego Towarzystwa Okulistycznego po 01.05.2005 r.	– 400 PLN
Dla członków Sekcji Kontaktologicznej PTO po 01.05.2005 r.	– 300 PLN

Streszczenia prac w języku polskim prosimy nadsyłać do 30.06.2005 r.

Prace zostaną opublikowane w zjazdowym wydaniu „KONTAKTOLOGII I OPTYKI OKULISTYCZNEJ”

Organizator

Samodzielny Publiczny Kliniczny Szpital Okulistyczny
 Katedra i Klinika Okulistyki II WL AM w Warszawie
 ul. Sierakowskiego 13
 03-709 Warszawa
 tel. (0-22) 618 63 53
 fax. (0-22) 618 66 33

informacje, karta zgłoszenia, rejestracja:
www.pto.com.pl
 e-mail: kontaktologia@pto.com.pl

prof. dr hab. n. med. Jerzy Szaflik
 Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego
 VI Sympozjum Sekcji Kontaktologicznej PTO