

Mikołaj Meller

## Przypadek nawracającej oftalmoplegii całkowitej

A case of recurrent total ophthalmoplegia

**Summary.** The author presented a case of a girl, aged 10, with total ophthalmoplegia of the right eye, recurring 4 times. The onset of the disease was preceded by nausea, vomits and headache. The symptoms of the palsy released spontaneously after 2-3 weeks.

Hasła: oftalmoplegia, porażenie nerwu okoruchowego  
Key words: ophthalmoplegia, oculomotor-nerve-palsy

Wśród przyczyn oftalmoplegii nerwowo-pochodnej rozważyć należy urazy ze złamaniem lub towarzyszącym krwiakiem w obrębie oczodołu, ropnie oczodołu w przebiegu zapalenia zatok obocznych nosa, tętniaki tętnicy szyjnej wewnętrznej lub koła tętniczego mózgu a także infekcje wirusowe<sup>1,4,9</sup>. Innym podłożem tych zmian mogą być wrodzone zaburzenia w obrębie jąder nerwów, w okolicy ponadjądrowej lub też włókien nerwowych<sup>4,5</sup>. W tych przypadkach nieprawidłowościom w zakresie ruchomości towarzyszyć może niedowidzenie, oczopląs, porażenia innych nerwów czaszkowych a także niedorozwój psychoruchowy<sup>2</sup>. O oftalmoplegii całkowitej (ophthalmoplegia completa) mówimy gdy zmiany dotyczą zarówno mięśni zewnętrznych (ophthalmoplegia externa) jak i mięśni wewnętrznych (ophthalmoplegia interna)<sup>2,8</sup>. Zmiany rzadko dotyczą wszystkich mięśni. Najczęściej są to mięśnie zaopatrywane przez nerw okoruchowy, rzadko nerw odwodzący, a w sporadycznych przypadkach nerw błoczkowy<sup>3</sup>.

## Opis przypadku

Omawiany przypadek dotyczy dziesięcioletniej dziewczynki czterokrotnie hospitalizowanej w okresie od 1986 do 1991 roku z powodu nawracającej oftalmoplegii całkowitej oka prawego. Każdorazowo kilka dni przed pojawieniem się objawów ocznych, występował zespół zmian zwiastunowych w postaci mdłości, wymiotów, miernie nasilonych bólów głowy. W badaniu okulistycznym stwierdzano po stronie prawej opadnięcie powieki górnej, brak ruchomości gałki ocznej z zachowaniem funkcji odwodzenia, rozbieżne ustawienie prawej gałki ocznej (ryc. 1, 2). Obserwowano zaburzenia gry źrenicznej (poszerzenie źrenicy po stronie prawej, śladowy odruch bezpośredni i pośredni na światło). W przednim

odcinku ani w dniu obu oczu zmian nie stwierdzano. Pole widzenia było prawidłowe. Ostrość wzroku była równa w obu oczach i wynosiła w dal 1,0. Wykonane badania laboratoryjne oraz badania dodatkowe: nakłucie łądźwiowe, badanie radiologiczne, tomografia komputerowa głowy, przezczaskowa ultrasonografia tętnic mózgowych, nie wykazywały odchyłań od stanu prawidłowego. Jednokrotnie stwierdzono w zapisie EEG ogniskowe zmiany napadowe w tyłogłowiu o charakterze fal wolnych, zlokalizowanych w prawej półkuli. Opisywane zmiany ustępowały samoistnie pomiędzy 2 a 3 tygodniem trwania choroby. Jako pierwsze powracało przywiedzenie gałki ocznej, następnie jej unoszenie i obniżanie. Jako ostatnie ustępowały objawy opadania powieki górnej. W okresie pomiędzy napadami obserwowano prawidłowe ustawienie i ruchomość gałek ocznych wraz z prawidłowym widzeniem obuocznym (ryc. 3).



Ryc. 1.



Ryc. 1, 2. W czasie trwania fazy ostrej



Ryc. 3. W okresie remisji

## Omówienie

Przypadki porażenia mięśni gałkoruchowych o stałym bądź postępującym charakterze mogą być wywołane anomaliami rozwojowymi bądź też uszko-

dzeniami ośrodków pnia mózgu. Podłoże powstawania zmian nawracających nie jest jednak w pełni jasne. Przypuszcza się, iż mogą być one powodowane przez obrzęk ściany tętnicy szyjnej wewnętrznej<sup>5,9</sup> lub też przez nieprawidłowe naczynia okolicy zatoki jamistej (tętniaki tętnicy łączącej tylnej<sup>5,9</sup>), a także patologiczne anastomozy tętniczo-żylny w obrębie centralnego układu nerwowego<sup>7</sup>. Jedną z przyczyn stanowią mogą także procesy zapalne w obszarze podoponowym pnia mózgu (ropne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, kiła, gruźlica)<sup>5</sup>, toksyczne zapalenie wielonerwowe<sup>6</sup>. Według Pavan-Langston porażenie nerwu okoruchowego wraz z porażeniem mięśni wewnątrzgałkowych oraz towarzyszącym bólem jest charakterystyczne dla wewnątrzczaszkowych aneuryzmatów<sup>6</sup>. W literaturze napotkać można doniesienia o przypuszczalnej etiologii wirusowej (Echovirus typ 11, Coxsackie B 4) aczkolwiek nie udało się potwierdzić ich obecności w bezpośredniej hodowli<sup>1</sup>. Porażenia mięśni ocznych współistnieć mogą z półpaścem ocznym a ich porażenie występuje w tych przypadkach z reguły 12-18 dni po infekcji. Istotnym czynnikiem etiologicznym zaburzeń mięśniowych są także zatrucia substancjami chemicznymi, prowadzące zarówno do oftalmoplegii zewnętrznej, jak i wewnętrznej (metale ciężkie, O, CS<sub>2</sub>, jad żmii, pszczoły)<sup>5</sup>. Wobec częstej etiologii naczyniowej w pełni uzasadnione wydaje się wykonywanie precyzyjnych badań układu naczyniowego ośrodkowego układu nerwowego (arteriografia, przezczaskowa ultrasonografia naczyń mózgowych, oraz rezonans magnetyczny). U wielu pacjentów nie udaje się jednoznacznie ustalić przyczyny schorzenia, co również miało miejsce w przedstawionym przypadku.

## Piśmiennictwo

1. Kattner E., Siemes H.: Passagere einseitige okulomotoriusparese. Mon. Kinderhk. 133: 175-177 (1985).
2. Krzystkova K.: Rozpoznawanie i leczenie choroby zezowej, str. 204-205 (PZWL, Warszawa 1989).
3. Liebmann D. S., Gellis S. S.: The pediatrician's ophthalmology, str. 198-199 (The C. V. Mosby Company, Saint Louis 1966).
4. Orłowski W. J., red. Okulistyka Współczesna T. 2, 198, 214. (PZWL Warszawa 1986).
5. Pau H.: Differentialdiagnose der Augenkrankheiten 59: 60-65 (93 Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1974).
6. Pavan-Langston D.: Manual of ocular diagnosis and therapy, str. 297-298 (Little, Brown and Company Inc. 1984).
7. Wessely P.: Seltene pathomorphologische Befunde bei komplizierter Migräne Wien. Klin. Wochenschr. 98: 373-379 (1986).
8. Vaughan D.: Podstawy Okulistyki 167 (PZWL, Warszawa 1972).
9. Vollrath-Junger C.: Rezidivierende Okulomotoriuslahmungen: Ein Fall von ophthalmoplegischer Migräne? Klin. Mbl. Augenhk. 192: 154-156 (1988).

Praca wpłynęła: 14.02.1994

Z Oddziału Okulistycznego SZOZ nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu

Ordynator: Dr med. Cyryla Szware

Reprint requests to:

Lek. med. Mikołaj Meller

ul. Strzeszyńska 117, 60-479 Poznań