

616.721-007.7-007.274:617.7

BECHTĚREVOVA CHOROBA A JEJÍ OČNÍ PROJEVY

Doc. MUDr. V. JENŠÍ, MUDr. J. KREDBA, MUDr. J. HORÁK

Z očního, fyziatrického a rentgenologického oddělení Ústřední vojenské nemocnice v Praze

Již po řadu let znají oftalmologové Bechtěrevovu chorobu a její vztah k zánětům duhovky. Jest známa skutečnost, že pacienti s Bechtěrevovou chorobou mívají záněty duhovky a že naopak i při iritidách bývá někdy pozitivní nález svědčící pro ankylozující spondylitidu. V posledních létech se však ukazuje, že tento vzájemný vztah není jen tak zcela bezvýznamný, nýbrž že Bechtěrevova choroba se v e l m i č a s t o kombinuje se záněty přední části uveálního traktu a že tedy ankylozující spondylitida má pro oftalmologa daleko větší význam, než se původně myslo.

Při diagnostice i léčení Bechtěrevovy choroby je výhodná komplexní spolupráce očního lékaře, revmatologa a rentgenologa.

I. Klinické a rentgenologické údaje

Bechtěrevova choroba (B. ch. nebo m. B.) či spondylarthritis ankylopoetica či ankylozující spondylitis (AS) je charakterizována zánětlivými pochody na tělech obratlů a meziobratlových kloubech, v řídkém fibrilárním pojivu, vyúsťujícími v osteoporózu a v destrukci intervertebrálních kloubů včetně kloubů ileosakrálních a končícími ankylozou postižených kloubů a osifikací vazů.

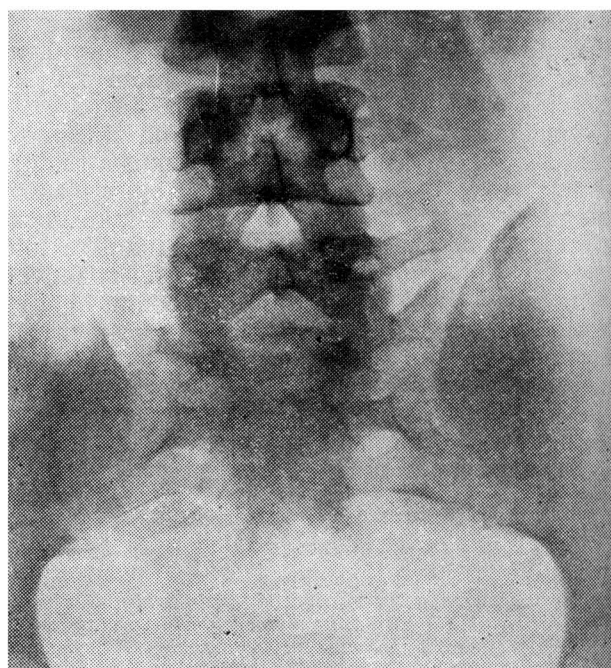
Je známo, že choroba Bechtěrevova se vyskytuje u mladých lidí, a to hlavně mužů (84 % podle Otta) ve věku průměrně 27 let. Romanus, Ydén, Wurm a Weil udávají u $\frac{3}{4}$ svých nemocných průměrný věk mezi 20—40 léty. Murray, Mason, M. a O. Lucchesiové popisují chorobu Bechtěrevovu i u chlapců před pubertou, což je poměrně vzácné. Faktor dědičnosti podtrhuje Stecher.

I konstituční typ má svůj význam, neboť většina nemocných jsou astenici (62 %), daleko méně je pykniků (30 %) (Fischer a Vontz).

Etiologie choroby Bechtěrevovy není dosud jasná.

Anamnesticky je nutno pátrat po proběhlých venerických chorobách, z nichž zvláště kapavce je připisována souvislost s ankylozující spondylitidou (Forestier ve 40 %, Romanus ve 33 %). Leutická infekce se vyskytuje více než obvykle (Krebs) a rovněž tak nespecifické prostatovesikulitidy (Mason 83 %). Sledovány jsou fokusy zubní, tonsilitidy, záněty vedlejších dutin obličejových, pátrá se po bronchiektasích, zánětech plic, psoriase a traumatech. Činští autoři pozorovali výskyt ankylozující spondylitidy endemického charakteru v místech, kde byl zvýšený obsah fluoru v pitných vodách (Lenoch).

V počátečním průběhu choroby asi $\frac{2}{3}$ postižených udává bolesti v zádech nebo v kříži a na rozdíl od spondylitických obtíží se tyto bolesti vystupňovávají v časných hodinách ranních. Asi 10 % (Slocumb, Polley, Hollander) až 25 % (Forestier) pacientů si stěžuje na ischiadické obtíže. Poley, Slocumb a Forestier popisují u svých nemocných (20—40 %) arthritidy horních a dolních končetin. Zajímavé je postižení drobných kloubů rukou a nohou. Forestier, Wurm a Ott pozorovali tuto formu u 8—10 % svých nemocných. Edstroem, Boeni a Kaganas mluví o ní jako o takzvané skandinávské formě nemoci Bechtěrevovy. Truhlář ve své práci o periferních projevech kloubních u choroby Bechtěrevovy vyzvedá tu zajímavost, že postižení kloubů probíhá zde centrifugálně, kdežto u progresivní polyarthritidy centripetálně. Postižení kloubů rukou a nohou se může vyskytovat během onemocnění páteře, nebo je i delší dobu předchází. Často též, mimo postižení uvedených kloubů, bývá i arthritida sternoklavikulárních kloubů. Důležitým příznakem, po kterém vždy pátráme, je bolest patních kostí vyvolaná periostitidou patních kostí nebo tendovaginitidou šlachy



Obr. 1 Iniciální stadium m. B. — širší, neostrá štěrбина kloubní

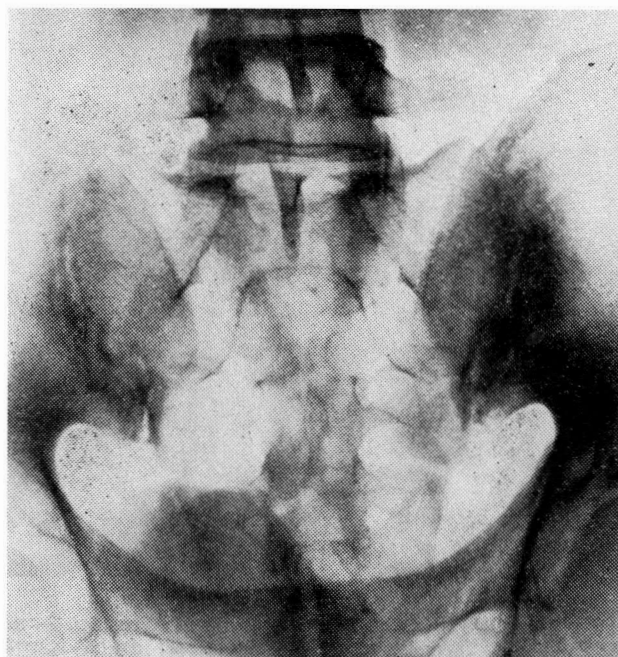
Achillovy. Krevní tlak se valně nemění. Krebs upozorňuje na srdeční komplikace. Wurm a Ott je zjišťuje tam, kde předcházela revmatická horečka mitrální či aortální vadu (12 %), nebo postižení myokardu (10 %). Gamp a Ogorrek upozorňují na poruchy převodového systému. Plicní nález není jednoznačný. Hart a spol. udává 4 % nemocných s tbc plic. Po stránce neurologické je chudý nález. Bývají zvýšené patellární reflexy, pyramidové příznaky a poruchy čití nebývají přítomny. Po stránce laboratorní bývá zvýšena sedimentace červených krvinek, v krevním obraze nacházíme někdy zvýšený počet bílých krvinek, Weltmanova reakce je nespecifická, elektroforéza bílkovin nejeví valné výkyvy v globulinových frakcích, Rose-Waalerova zkouška bývá negativní. Nález v moči bývá negativní kromě těch případů, kde jsou postiženy močové cesty ve formě chronického zánětu.

Celkově je nemocný zesláblý, unavený, mívá teploty a lehce zvýšenou tepovou frekvenci. Asi v jedné čtvrtině případů (podle Polleye a Slocumba) choroba plynule progreduje bez stadií dočasné úlevy. Většina nemocných mívá však řadu měsíců období relativního klidu, přerušovaná jen občasnými bolestmi v zádech při chřipce, angíně a prochlazení.

Při progresi choroby si nemocný stěžuje na bolesti v dalších segmentech páteře, které jsou sledovány změnami tonu svalstva zádového. Při onemocnění hrudní páteře dochází k postižení kloubů sterno-kostálních a kosto-transverzálních a nastávají dýchací obtíže. Nemocný se zvýšeně potí, progresivně hubne. Laboratorně je zvýšena sedimentace červených krvinek, ostatní výsledky laboratorních zkoušek nejeví specifické výkyvy. Není-li choroba správně diagnostikována a léčena, dojde k definitivnímu ztuhnutí páteře, a to v postavení extenzním nebo se značnou hrudní kyfózou.

Při vyšetřování pacientů si všímáme držení těla, chůze, způsobu svlékání oděvu a střevíců (příznak střevíce). Používáme několika pomocných měření a různých manévrů: měření dýchacích exkurzí (rozdíl mezi expirací a inspirací); distance Schoberovy (všimáme si, oč se prodlouží vzdálenost 10 cm měřená od spojnice spinae ilicae dorsales kraniales při přímém držení těla a při maximálním předklonu); distance Stiborovy (vzdálenost téže spojnice k vertebra prominens ve stoji přímém a za předklonu). Tyto distance nás informují o hybnosti hrudní a bederní páteře. Charakteristický je příznak Lenochův při postižení krční páteře, tzv. signum medici poplite flexi (při vyšetřování mandlí pacienta musí lékař pokrčit nohy v kolenou, neboť pacient nemůže zaklonit hlavu). Při předklonu se vytváří v oblasti bederní páteře sulcus dorsalis persistens. Při pohledu ze strany na předkloněného se rysuje dvouobloukovitá kontura hyždí a zad a mluvíme o dvojhrbu. Při vyšetřování sakroiliakálních kloubů se používá řada speciálních manévrů, jako Mennel-Gaeslenův, Lareyův, Ericsonův atd.

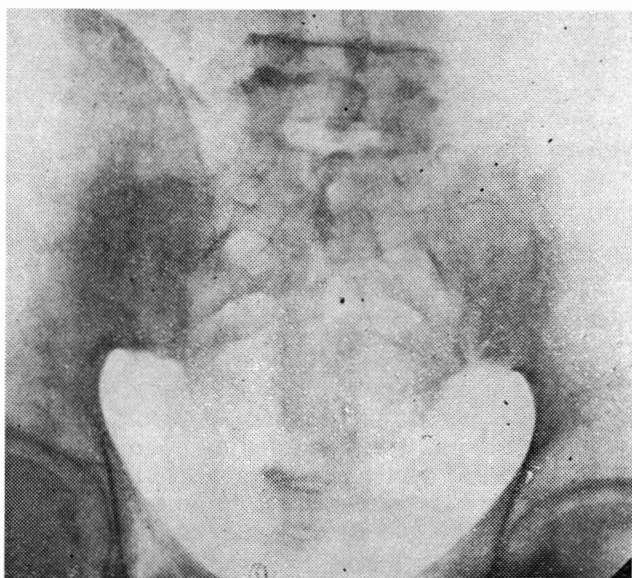
Klasické změny uznávané za základ rentgenové diagnostiky jsou: arthritis obou sakroiliakál-



Obr. 2. Středně pokročilé změny na sakroiliakálních kloubech — znamení růžence

ních kloubů, zkostnatění vazů a kloubů páteře, osteoporóza, periostální apozice na sedacích kostech, patních kostech, změny v oblasti symfyzy a změny na kloubech. Jsou to vesměs změny u choroby plně rozvinuté.

Při postižení ileosakrálních kloubů vidíme na rtg. obraze zprvu osteoporózu, neostré ohraničení štěrbiny kloubní; tím se zdá štěrbina kloubní poněkud širší. V dalším stadiu se prořidnutí zvětšuje, místy nabývá osteolytického charakteru, struktura kostí v okolí těchto změn je sklerotická. Štěrbina svými okraji připomíná růženic (rosary sign Scott). Po těchto změnách nastávají reparativní změny: nápadná skleróza, štěrbina kloubní je výrazně zúžena a na konec zcela zachází. Pro změny na páteři jsou typické osteofyty nezvyklého rozsahu a velikosti přemostujících obratlů. Ve srovnání s osteofyty spondylotickými, které rostou spíše horizontálně, rostou tyto vertikálně. To lze vysvětlit tím, že u choroby Bechtěrevovy vznikají pravděpodobně zkostnatěním zevní části fibrózního prstence meziobratlové ploténky. Klouby meziobratlové bývají postiženy různým způsobem. Buď dojde k prořidnutí kloubních ploch a vznikají defekty, skleróza až ankylóza kloubní, nebo změny ve smyslu kalcifikace začnou v pouzdru kloubním a štěrbina kloubní zůstává dlouho zachována. Zkostnatí-li i vazy páteřní (lig. flava, interspinalia a lig. supraspinale), pak na předozadním snímku vzniká typický obraz tří sklerotických pruhů. Meziobratlové ploténky bývají dlouho nezměněny. Teprve v konečných stádiích může dojít k jejich zúžení. Osteoporóza skeletu páteře není příliš typická. Vedle změn na axiálním skeletu mohou být postiženy i různé klouby horních a dolních končetin. Na rtg. obraze se zde zú-



Obr. 3 Pokročilé změny na sakroiliakálních kloubech — na jedné straně úplná kostěná ankylóza, na druhé straně kloub částečně zaslý

častňuje komponenta zánětlivá i degenerativní. Změny na těchto kloubech nejsou nijak typické pro rtg. diagnózu m. B.

Podle rentgenového nálezu rozeznáváme někdy tato stadia choroby:

- I. stadium: postižení jedné štěrbiny ileosakrální,
- II. stadium: postižení obou ileosakrálních štěrbin,
- III. stadium: postižení lumbální páteře,
- IV. stadium: proces pokračuje na hrudní páteř,
- V. stadium: je zachváćena krční páteř.

Diferenciálně diagnosticky přicházejí při Bechtěrevově chorobě v úvahu:

- a) degenerativní onemocnění páteře (m. b. Scheuerman, spondylosis a spondylarthrosis, discopathia, spondylosis hyperostotica),
- b) nespecifické zánětlivé změny na páteři (ostitis condensans ilei, progresivní polyarthritidis, Reiterova choroba),
- c) záněty páteře podmíněné infekcí (specifická spondylitis, brucellosa, osteomyelitis apod.),
- d) změny na páteři způsobené intoxikací a změnami látkové přeměny: (ochronosis, fluorosis).

Cíle terapie choroby Bechtěrevovy jsou v podstatě tyto:

- a) potlačení zánětlivých pochodů,
- b) zabránění patologickým osifikacím,
- c) udržení dobré hybnosti páteře a tím zabránit ireverzibilním stavům.

Při vysoké aktivitě choroby provázené velkými bolestmi volíme medikamentózní terapii na prvním místě. Jsou aplikovány organické sloučeniny mědi, jako Cupralène, Dicuprène, Ebesal, nebo preparáty bismutové, jako Bismosalin, Jobismol apod. Někteří autoři podávají tyto preparáty i po léta ve 4–6týdenních intervalech.

Kontrola sedimentace červených krvinek, krevního obrazu s trombocyty a moče je nutná.

Velmi oblíbeny jsou deriváty pyrazolové, jako Irgapyrin, Butazolidin, náš Pyrabutol, Butylpyrin, Fenylbutazon apod. Někdy se neobejdeme bez pomoci terapie steroidními hormony. Hart, West a naši revmatologové vyhrávají tento způsob léčby pouze pro případy vysoce aktivní, bolestivé a prudce probíhající. Řada autorů doporučuje rtg. terapii, která na druhé straně má i svou stinnou stránku, neboť ozařování nemocní jsou vesměs mladí muži.

Velmi účinnou a mnohdy jedinou terapií je fyzikální terapie a balneace. Z elektroterapie se aplikují různé druhy iontoforéz, ultrazvuk, solux atd., z hydroterapie bahenní komprese, slatinné zábaly, sírné a jodové či rádiové koupele, masáže, stříky apod. Prakticky nejdůležitější je pohybová léčba. Využívá se složky aktivní, aktivně pasivní a pasivní. Výborným prostředkem je cvičení v bazénu, a to svým antalgickým, relaxačním účinkem, nemluvě o příznivém účinku hydrostatického tlaku vody. Pohybová léčba provází nemocného po celý život a nemocný si je dobře vědom jejího významu.

II. Oční projevy ankylozující spondylitidy

Od konce minulého století, kdy byla Bechtěrevova choroba poprvé popsána, se mnohokrát v literatuře upozorňovalo na to, že tuto chorobu často doprovázejí oční projevy ve formě zánětu duhovky. Poukazovalo se především na recidivující charakter těchto zánětů, dále na jejich různé formy a nestejně závažný průběh. V roce 1959 vyšetřovali Lenocho, Králík a Bartoš několik set pacientů s revmatickou horečkou a viděli jen zřídka oční komplikace nebo zánět duhovky. V žádném případě nebyla pozorována iritis při akutní atace revmatické horečky. Vyšetřovali dále několik set pacientů trpících progresivní arthritidou, z nichž mnozí byli pozorováni po řadu let, avšak duhovkové léze byly tak řídké, že autoři nepovažují je za komplikaci arthritidy. Vyšetřovali i řadu pacientů s degenerativními kloubními chorobami, ať se jedná o klouby končetin (osteoarthrosis) nebo páteře (spondylosis deformans), a zjistili, že výskyt duhovkových lézí i při těchto chorobách je tak vzácný, že zřejmě není vázán na tyto kloubní choroby. Věc však byla zcela jiná, sledovali-li výskyt zánětu duhovky ve spojitosti s AS. Zde byl výskyt očních změn tak častý, že se nelze domnívat, že by byl jen zcela náhodný. Není pochyb o tom, říkají, že iritis a iridocyclitis přísluší do klinického obrazu AS. Z 625 případů AS našli oční změny ve 28,9 %, tj. u 179 pacientů (163 mužů a 16 žen). V druhé části své práce postu-

povali autoři obráceně. Vyšetřili 474 pacientů s iritidou nebo iridocyclitidou (269 mužů a 205 žen). Z těchto pacientů byla v 91 případech nalezena AS (tj. 17,4 %). Mužů z nich bylo 83 (37,8 %) a žen 8 (3,9 %).

Během posledních let publikovala ještě celá řada dalších autorů procentuální údaje o výskytu iritid u m. B. a naopak o frekvenci AS u zánětů duhovky (Tab. 1 a 2).

Tab. 1: Výskyt iritid v % u Bechtěrevovy choroby

Autor	Rok	% iritid
Ehrlich	1930	25 %
Fischer a Vontz	1932	3 %
Buckley	1935	5,3 %
Wolff	1935	40 %
Noboa - Recio	1941	50 %
Mylius	1942	50 %
Scott	1942	7 %
Graber a Duverney	1944	33 %
Franceschetti a Brocher	1944	50 %
Revault a Berthier	1944	35 %
Sorsby a Gormaz	1946	6 %
Durnham a Kautz	1947	25 %
Graupner	1947	25 %
Simpson a Stewensen	1949	6 %
Forestier, Jaqueline,		
Rotes-Querol	1951	8,5 %
Biadeck a spol.	1951	8,8 %
Hilding	1952	32,5 % (15-50 %)
Traut	1952	50 %
Romanus	1953	28,2 %
Michaud, Forestier	1954	8,5 %
Hart a MacLagan	1955	13,5 %
Mylius	1955	50 %
Blumberg, Ragan	1956	25 %
Ott a Wurm	1957	11 %
Wilkinson, Bywaters	1958	25 %
Falck a Richter	1959	24 %
Lenoch, Králík, Bartoš	1959	28,9 %
Hart, Robinson	1959	23 %
Průměr		24,9 %

Tab. 2:

Výskyt Bechtěrevovy choroby v % u iritid a iridocyclitid

Autor	Rok	% MB	muži	ženy
Schley	1937	13,7 %		
Vesterdal	1951	20 %		
Bartoš	1952	33,3 %	46,6 %	15,1 %
Marchin	1954	18,7 %	30,8 %	
Stanworth a Sharp	1954	22,6 %		
Lenoch, Králík, Bartoš	1959	19,2 %	30,9 %	3,9 %
Průměr		21,2 %	36,1 %	9,5 %

Z těchto údajů vyplývá, že se iritidy v průběhu Bechtěrevovy choroby vyskytují průměrně ve 25 % a v průběhu zánětů duhovky byla Bechtěrevova choroba prokázána asi ve 21 %.

Tato zjištění jsou tak závažná a překvapující,



Obr. 4. Nižší meziobratlové ploténky s kalcifikacemi v horním úseku bederní páteře

že jsme se rozhodli ověřit si je na vlastním materiálu.

Na našem oddělení leželo v roce 1959 celkem 60 pacientů se zánětem duhovky, z toho 32 mužů a 28 žen. Z tohoto celkového počtu bylo zcela bezpečně zjištěno 17 případů AS v různých stadiích vývoje (28,3 %). Mužů bylo 14 (tj. 43,7 % z celkového počtu mužských pacientů) a 3 ženy (tj. 10,7 % z celkového počtu ženských pacientů). Věkový průměr našich nemocných s iritidou postižených současně AS činil 46 roků (45,5 roků u mužů a 48 roků u žen). Nejmladšímu pacientu bylo 20 roků a nejstaršímu 71 roků.

Ve velké většině zachycených případů nemoci Bechtěrevovy (ve 13 případech) byl zánět duhovky charakterizován recidivami (2 až 21 recidiv na jednom nebo druhém oku, nebo na obou očích současně). V anamnéze udávali tyto pacienti revmatické bolesti bez bližší lokalizace, ischias, bolesti v kyčlích, bolesti v páteři, časté angíny, občasné zvýšení sedimentace, vedle dalších necharakteristických anamnestických údajů. V 7 případech věděli naši nemocní, že trpí AS, a také se léčili a v 10 případech byla tato choroba námi prvně zjištěna. Již tato pouhá skutečnost ukazuje na velký význam soustavného pátrání po m. B. u každé přední uveitidy.

Další pomocná vyšetření, prováděná v rámci etiologického zjišťování během léčení, ukázala, že jen ve 3 případech byla sedimentace erytrocytů normální a 14krát byla více nebo méně zvýšená. BWR byla ve všech případech negativní, GO anamnesticky negativní, sérologicky nevyšetřována. Pozitivní zdroje fokální infekce byly nalezeny u našich 17 pacientů ve 12 případech.



Obr. 5. Periošální reakce na hrbolech sedacích kostí, užší symfysa se sklerotickými změnami v okolí

(Sedmkrát šlo o ložiska v oblasti ORL, pětkrát o fokální nález dentální.)

Klinicky probíhaly duhovkové záněty našich pacientů pod obrazem povrchní iritidy, méně častěji iridocyklitidy. Jejich charakter byl serózní, serofibrózní a seroplastický. Zadní synechie se vytvořily v 7 případech a pokud byl stav čerstvý, byly léčbou přerušeny. Téměř úplnou seklusi zornice jsme zaznamenali v jednom případě. Sklivec byl zkalen při spolupostihnutí řasnatého tělesa. Nepozorovali jsme komplikaci ve smyslu nitrooční hypertenze. Visus pacientů po dokončeném léčení zůstal v sedmi případech stejný jako při přijetí a desetkrát se zlepšil, někdy i podstatně. Nepozorovali jsme u našich pacientů těžší poškození zrakových funkcí.

V terapii zánětů duhovkových jsme postupovali podle běžných zásad. Záněty duhovky se klidnily v době dvou až tří týdnů, kdy mohli být pacienti z ústavu propuštěni.

III. Diskuse

Každá učebnice očního lékařství pojednává o revmatické iritidě a iridocyklitidě buď jako o jediné manifestaci revmatického stavu, nebo jako o jednom z revmatických symptomů. Zdá se však, že tento typ očního onemocnění není spojen s revmatickým stavem všeobecně, ale jen se zcela jasně vyhraněnou chorobou známou jako AS (Lenoch a spol.). Svědčí o tom dosud publikované práce (zvláště práce statistické, Lenocha, Forestiera, Stanwortha aj.). Oční postižení při AS jsou tak častá a tak charakteristická, že mohou být považována za symptom Bechtěrevovy choroby a nikoli jen za její komplikaci. Mills považuje jak AS, tak i současnou iritidu za etiologickou jednotku. Frekvence těchto očních manifestací při m. B. kolísá podle jednotlivých autorů mezi 3—50 %, v průměru pak činí asi 25 %. Duke-Elder mluví o konstantním spojení AS s recidivující iridocyklitidou. Lze souhlasit s Hartem a Mc Laganem (1955), že frekvence iritid přibývá s dobou pozorování a stářím choroby Bech-

těrevovy. Údaje o frekvenci iritidy v iniciálním stadiu m. B. udávají Fischer a Vontz 3 %, Simpson a Stewensen 6 %, Forestier a spol. 2 %, Ott a Wurm 11 %.

Frekvence AS zjištěná u iritid a iridocyklitid kolísá podle jednotlivých autorů mezi 13,7 % až 33,3 % a činí průměrně 22 % (u mužů 38 %, u žen 10 %).

Zdá se, že rozdíly ve statistických údajích jednotlivých autorů nebudou mít pravděpodobně většího významu, neboť záleží na mnoha faktorech, které procentuální hodnoty ovlivňují. Statistická data jsou jistě ovlivňována způsobem diagnostiky Bechtěrevovy choroby. V mnohých případech jsou revmatické obtíže pacientů relativně mírné a inaktivní. Jestliže je na AS usuzováno jen z klinických příznaků bez rtg. vyšetření, pak bude jistě procento nálezů menší než při soustavné rtg. kontrole sakroiliakálních kloubů a páteře. Procento pozitivních nálezů m. B. bude dále ovlivňováno dobou pozorování pacientů, stářím a stadiem jejich choroby.

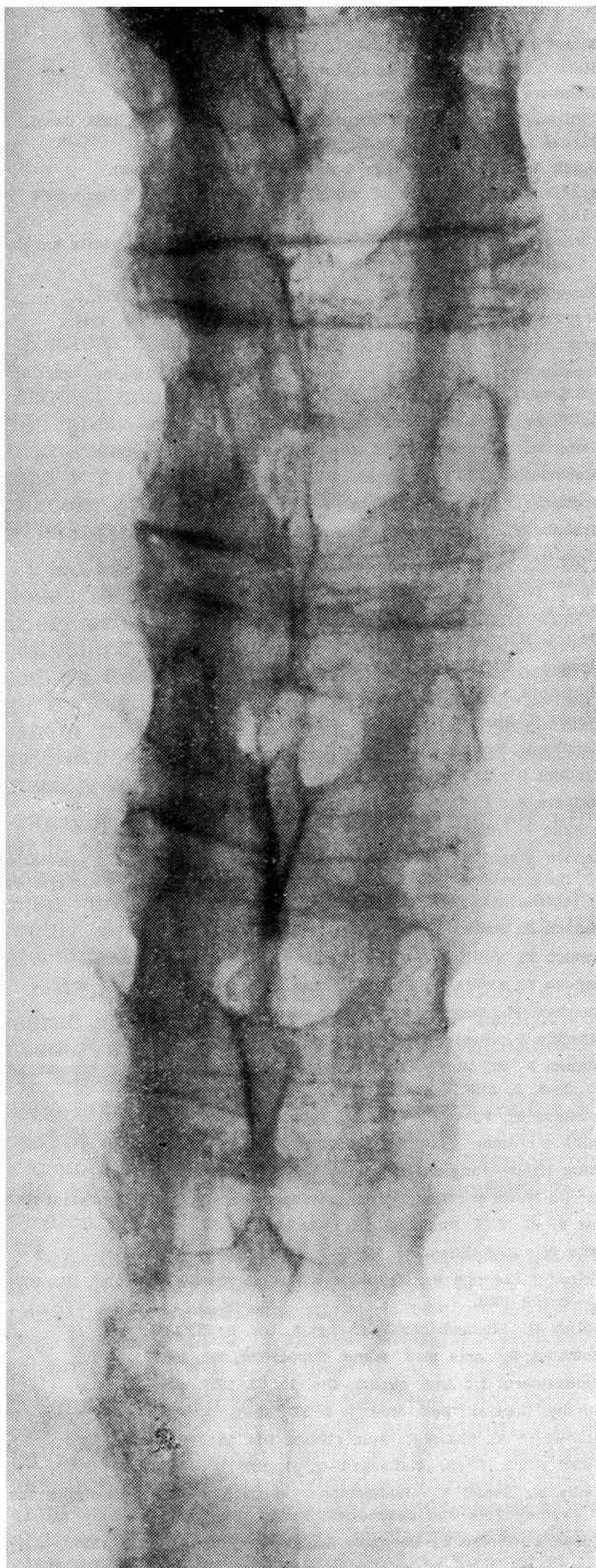
Podle statistických prací zvláště z posledních let je tedy nutno mít za to, že asi každý čtvrtý pacient postižený AS trpěl, trpí nebo bude trpět iritidou, a že každý čtvrtý až pátý pacient s iritidou má pozitivní nález různého stupně svědčící pro Bechtěrevovu chorobu. Vezmeme-li v úvahu pacienty mužského pohlaví a ženského pohlaví, pak každý druhý až třetí muž a každá desátá žena s přední uveitidou jsou stíženi touto chorobou.

Zánět duhovky se zpravidla objevuje v průběhu již vyvinuté m. B., může ji však také předcházet jako první symptom, anebo se objeví v průběhu choroby dosud nediagnostikované. Iritida bývá jedním z prvních symptomů AS (Franceschetti, Brocher, Forestier, Mylius a četní jiní). Podle sdělení Wilkinsona a Bywaterse předcházela iritida ostatní manifestace ankylozující spondylitidy o 1—9 roků ve čtyřech případech jejich sestavy. A tu je třeba zvláště podtrhnout skutečnost, že oční lékař může se často soustavným etiologickým vyšetřováním svých pacientů s přední uveitidou jako první zasloužit o to, že AS bude včas objevena a diagnostikována. Svědčí o tom jak údaje naší statistiky, kdy jen 7 pacientů ze 17 vědělo o své chorobě, tak i práce jiných autorů.

Zdá se však, že oční manifestace choroby nejsou v přímém vztahu s intenzitou rozvoje m. B. a že není korelace mezi atakami uveitidy a aktivitou spondylitidy. Iritidy vznikají i u lidí, jejichž kloubní afekce je stabilizována, takže pacienti, jejichž artritida byla po několik let inaktivní, měli dále ataky uveitidy (Wilkinson a Bywaters). Na druhé straně i v těžkých a pokročilých stádiích choroby některých pacientů se iritida dosud neobjevila. Tím samozřejmě nelze vyloučit, že se v dalším průběhu třeba ještě neobjeví.

Podle souhlasných zpráv z literatury mohou po klinické stránce probíhat záněty přední uveitidy při AS v několika podobách. Pro všechny jsou typické časté recidivy.

1. Nejčastější manifestací je klasická difusní forma povrchní iritidy. Akutní ataky častěji jed-



Obr. 6. Pokročilé stadium m. B. — tři sklerotické pruhy vzniklé zkošťatěním kloubů intervertebrálních a vazů interspinálních. Kalcifikace v podélných vazech — obraz bambusové tyče

nostranné mohou postihnout i obě oči současně nebo postupně. Exsudát bývá nejčastěji fibrinózní, ale i serózní, a téměř ve všech případech nalézáme drobné celulární elementy nebo precipitáty na zadní ploše rohovky. V některých případech se může vytvořit i hypopyom (Milius, Smaltino aj.). Při správné, včasné a účinné terapii ustoupí zánět duhovky zpravidla dosti brzy. Jestliže byla včas učiněna potřebná léčebná opatření, zůstane hybnost zornice zachována. Nebyla-li včas aplikována mydriatika, vytvářejí se srůsty mezi zanícenou duhovkou a přední plochou čočky (zadní synechie), které pak omezují motilitu zornice a dodávají jí nepravidelné laločnaté podoby. Srůstem celého okraje zornice s čočkou (sekluzí zornice) nebo úplným uzávěrem zornice (okluzí zornice) dochází k vývoji sekundárního glaukomu. Tuto komplikaci však nevidáme často. Spolupostížení řasnatého tělíska vyvolává větší nebo menší exsudaci do sklivce.

2. Franceschetti, Brocher a Michaud a i jiní popsali v průběhu m. B. torpidní a těžkou formu iritidy, která však není příliš častá. Probíhá pod obrazem těžké uveitidy a může se komplikovat kataraktou, sklivcovými zákaly, glaukomem a skončit až totální ztrátou vidění. Takto skončily 3 případy uvedených autorů.

3. Třetí v literatuře popisovanou manifestací je subakutní mitigovaná forma iritidy, jak ji popsali Formbeure a Lacapère. Klinické příznaky probíhají latentně a nezjistí se jinak než vyšetřením na šterbinové lampě, která odkryje změny v komorové vodě nebo ve sklivci ve formě diskrétních částíček drobného exsudátu (precipitáty). Na toto stadium mohou později nasedat i výraznější změny v přední komoře již shora popsané. Pacient při těchto plíživých formách nemá žádné funkční potíže až na lehkou únavnost při pohledu zblízka.

Diagnostika duhovkových zánětů při m. B. může probíhat ve 3 rozličných situacích (Fores-tier a spol.).

1. Duhovkový zánět probíhá izolovaně bez jakýchkoli obtíží ze strany páteře.
2. Duhovkový zánět se kombinuje s málo charakteristickým klinickým obrazem AS.
3. Iritida probíhá již v průběhu dobře charakterizované AS, která je známa a léčena.

Prvá až druhá eventualita přivede nemocného k očnímu lékaři, který má posoudit a ohodnotit charakter oční afekce. Poněvadž z povahy zánětu duhovky není možné stanovit diagnózu, je nezbytně nutné, aby vedle již obvyklých celkových pomocných vyšetření pamatoval oční lékař vždy též na revmatologické vyšetření a na rentgenologické vyšetření sakroiliakálních kloubů a páteře. Pozitivním zjištěním poslouží svému pacientu i tím, že jeho páteřní choroba je včas odkryta a může být léčena.

Jestliže oční manifestace probíhají již v údobí zjištěné m. B., je diagnóza snadná. I tu však je otázka, zda vedle AS nepůsobí i jiné faktory na vznik iritidy. Povrchní iritida nemá být hodnocena jen jako projev revmatického procesu (Rintelen 1956).

Prognóza duhovkových zánětů AS není vždy stejná a plyne z toho, co bylo právě pověděno. Lze říci, že velká část „revmatických“ zánětů duhovky probíhá i přes časté recidivy benigně a při správném a cílevědomém léčení nezanechává na postiženém oku podstatných změn. Někdy, nepodaří-li se léčebně rozrušit vzniklé srůsty duhovky s čočkou, zůstávají trvale zadní synechie. Malá část nemocných bývá však postižena v důsledku zánětu těžkými změnami funkčními, někdy až úplnou slepotou (Franceschetti a spol. a jiní). Jak často dochází při AS k jednostrannému nebo oboustrannému oslepnutí oneomocněním celého uveálního traktu a sekundárními změnami, jako glaukom, katarakta apod., není však přesně statisticky podchyceno. Autoři udávají 4 %.

IV. Souhrn

Autoři podali přehled současných vědomostí o klinickém a rentgenologickém obrazu Bechtěrevovy choroby spolu s očními projevy této choroby.

Vyšetřili 60 pacientů se zánětem duhovky, a to 32 mužů a 28 žen, a našli mezi nimi 17 případů ankylozující spondylitidy v různých stadiích vývoje (28,3 %). Mužů bylo 14, tj. 43,7 % z celkového počtu mužských pacientů, a ženy 3, tj. 10,7 % z celkového počtu pacientek. Věkový průměr nemocných byl 46 roků.

Резюме

Авторы статьи составили обзор современной литературы о клинической и рентгенологической картинах болезни Бехтерева и описали глазные признаки этой болезни.

Ими были обследованы 60 больных с воспалением радужной оболочки глаза в том числе 32 мужчины и 28 женщин; среди них оказалось 17 случаев анкилозующего сpondylitida в различных стадиях развития (28,3 %). Мужчин было 14, т. е. 43,7 % из общего количества больных мужчин, а женщин 3, т. е. 10,7 % из общего количества больных женщин. Средний возраст больных был 46 лет.

Summary

A review is given of the present knowledge on the clinical and roentgenological features of Bechtěrev's disease together with the ocular manifestations of this disease.

Sixty personal cases of iritis were examined, 32 males and 28 females, 17 of them had an ankylosing spondylitis in various stages of development (28,3 %). There were 14 men, i. e. 43,7 % of the total number of male patients and 3 females, i. e. 10,7 % of the total number of females. Their mean age was 46 years.

V. Písemnictví

- Bartoš J.: Čs. ofthal. 8: 28—31, 1952.
 Blatz G.: Zeitschr. f. Rheumaforschung, 17: 274, 1958.
 Blumberg B., Ragan C.: Medicine (Baltimore) 35: 1, 1956.
 Böni A., Kaganas C.: Documenta rheumatologica Geigy, 1954, Basel.
 Darvas L., Egyedi L.: Landarzt 34: 704, 1959.
 Dibák O.: ČLČ — Lék. věda v zahraničí XCIX, 2: 30, 1960.
 Duke-Elder S.: Textbook of Ophthal. VII, 6965, Mosby, St. Louis 1954.
 Falck J., Richter S.: Med. klin. 54: 1426, 1959.
 Forestier J., Jecqueline F., Rotes-Querol J.: La spondylarthrite ankylosante, Masson, Paris 1951.
 Forestier J., Deslons Paoli P.: Ann. rheum. Dis. 16: 31, 1957.
 Franceschetti A., Brocher: Schweiz. Med. Woch. 74: 299, 1944.
 Franceschetti A.: Ophthalmologica 11: 242, 1946.
 Francois J., de Vos E.: Fortschritte der Augenheilkunde, 236—241, Karger, Basel 1958.
 Galli-Genua T.: Rheumatismo 5: 12, 1953.
 Gamp A., Ogorrek I.: Z. f. rheumat. 17: 53, 1958.
 Gladyshevskij N.: Sovět. med. 21: 93, 1957.
 Graupner F.: Amer. J. Ophthal. 30: 205, 1947.
 Graham W., Uchida I. A.: Ann. rheum. Dis. 16: 334, 1957.
 Gros H.: Z. f. rheum. 16: 11, 392, 1957.
 Halford M., Clark C.: Ann. rheum. Dis. 16: 480, 1957.
 Hart F., Robinson K.: Ann. rheum. Dis. 16: 15, 1959.
 Hart J., Mac Lagan N.: Ann. rheum. Dis. 14: 17, 1955.
 Haus E.: Z. f. Rheumf. 16: 11—12, 400, 1957.
 Hilding A.: Arch. intern. med. 89: 445, 1952.
 Iranyi J., Riesz E.: Z. f. Rheumf. 16: 5—8, 211, 1959.
 Kredba J., Kolman J., Zicha K.: VZL, 11: 502, 1957.
 Kuipers R.: Z. f. Rheumaf. 18: 1—2, 31, 1959.
 Kuipers R.: Z. f. Rheumaf. 18: 11—12, 468, 1959.
 Kuthan F., Hanke M.: Vnitřní lékařství IV., 2, 136, 1958.
 Lenocho a spol.: Spondylarthrititis ankylopoetica Strümpell-Pierre-Marie-Bechtěrev a její komplexní lázeňská léčba SZN, Thomayerova sbírka 354, 1956.
 Lenocho F., Kaňková D.: Fysiatrický věstník 37: 3, 169, 1959.
 Lenocho F., Vojtíšek O.: Fysiatrický věstník 37: 3, 141, 1959.
 Lenocho F., Králík V., Bartoš J.: Ann. rheum. Dis. 18: 1, 45, 1959.
 Lucchesi M., Lucchesi O.: Rheumatism. 13 88, 1957.
 Marchin P.: Rev. rheum. 21: 531, 1954.
 Masom R. M., Murray R. S., Oates J. K., Young A. C.: Z. f. remf. 18, 5—8, 2, 1959.
 Michaud P., Forestier J.: Rev. Rhum. 21: 489, 1954.
 Mills L.: Amer. J. Ophthal. 31: 218, 1948.
 Ming Hsien-yung.: Chin. journal int. med. 6: 562, 1958.
 Ott V., Wurm H.: Spandylitis ankylopoetica, Stenkopff, Darmstadt 1957.
 Ott V. R.: Z. f. Rheumaf. 18: 1—2, 14, 1959.
 Otto W.: Z. f. Rheumaf. 18: 1—2, 27, 1959.
 Peňář J., Lenocho P.: Patologie a terapie nemocí vnitřních III., SZN, Praha 1953.
 Polley H., Slocumb C.: Ann. rheum. Dis. 6: 95, 1947.
 Romanus R.: Acta med. scand. Suppl. 280, 368, 1953.
 Rotes-Querol J.: Ann. rheum. Dis. 16: 63, 1957.
 Sorsby, Gormaz: Brit. Med. J. 1: 597, 1946.
 Stanworth A., Sharp J.: Ann. rheum. Dis. 15: 140, 1956.
 Tichý H.: Z. f. rheumaf. 16: 1—2, 31, 1957.
 Tichý H., Seidel K., Heidelbergmann: Lehrbuch der Rheumatologie Veb. Verlag Volk und Gesundheit, Berlin 1959.
 Toene E., Pierre E., Hennigar G.: Amer. J. Med. 26: 255, 1959.
 Treiber W.: Schweiz. med. Wochenschr. 86: 45, 1283, 1956.
 Treiber W.: Z. f. rheumaf. 18: 1—2, 36, 1959.
 Truhlář P.: ČLČ XCVII, 15—16, 509, 1958.
 Truhlář P., Stěda A., Králík V., Hájková Z.: Fysiatrický věstník 37: 5, 286, 1959.
 Vojtíšek O. a spol.: ČLČ XCVII, 15—16, 517, 1958.
 Wilkinson M., Bywaters E.: Ann. rheum. Dis. 17: 2, 209, 1958.
 Wollner D., Fuchs W.: Dtsch. Arch. Klin. Med. 205: 463, 1959.
 Ziff M., Contreras V., Currier M.: Ann. rheum. Dis. 15: 40, 1956.