617.725—002—06]617.7—007.681—039:31

GLAUKOMATOCYKLITICKÉ KRIZE

I. FRANZOVÁ a G. SINGER
Z očního oddělení ÚNZ MV v Praze a z očního oddělení ÚVN v Praze

K padesátinám plk. doc. MUDr. V. Jenšího

Snad každý oftamolog byl někdy v situaci, kdy nemohl s jistotou říci, zda u pacienta, u něhož naměřil zvýšenou nitrooční tenzi, jde o primární nebo sekundární glaukom. Podle klasických zásad je ovšem toto rozlišení nutné pro určení terapie. Poměrně klidné oko mluví spíše pro primární glaukom, ale zjistí-li se při vyšetření na štěrbinové lampě několik precipitátů, myslí se ihned na počínající iritidu se sekundárním glaukomem. V dalším průběhu léčení se pak někdy ukáže, že ani mydriatika ani miotika tenzi podstatně neovlivní a že nejlépe působí nějaké neutrální kapky a kortisonová mast, event. diuretika typu fonuritu.

V posledních letech byla publikována řada prací pojednávajících o glaukomu tohoto typu. První z nich byla Kraupova práce z r. 1936, další Posnerovy a Schlossmannovy z r. 1948 a 1949. Tito autoři vytvořili název glaukomatocyklitické krize. Od padesátých let počet sdělení s touto tematikou v zahraniční literatuře značně stoupá. Z našich autorů chceme připomenout práci Purovu z r. 1953 a referát Votočkové a Karla z r. 1960.

Podle literatury je toto onemocnění častější u mužů než u žen a většinou se objevuje v nižším věku, než jak to bývá typické u primárního glaukomu. Pravidelně postihuje jen jedno oko, výjimečně jsou záchvaty střídavě na obou očích. Subjektivní obtíže nejsou tak výrazné jako u záchvatu akutního glaukomu, bývá mírná bolest hlavy, nauzea, mlhavé vidění, někdy i irizace. V objektivním nálezu je popisována mírná ciliární injekce, nebo je bulbus klidný, edém epitelu bývá jen někdy. Nitrooční tenze je zvýšená, jsou uváděny i hodnoty nad 60 mm Hg. Někdy nacházíme ojedinělé precipitáty současně se zvýšeným tlakem, jindy se precipitáty objeví až za 1 nebo 2 dny. Precipitáty mizí za několik týdnů. Duhovka bývá klidná, synechie se netvoří, po delší době bývá duhovka světlejší. Na očním pozadí nejsou žádné změny. Posner sice popisuje jednoho nemocného, u něhož se objevila hluboká exkavace papily, není však zcela jisté, zda šlo u tohoto nemocného skutečně o typickou glaukomatocyklitickou krizi. Na perimetru je nejčastěji zcela normální nález i po mnoha letech. Také zraková ostrost se nemění. Ataka onemocnění trvá několik dnů, remize jsou různě dlouhé a onemocnění trvá řadu let. Etiologie choroby je dosud sporná, Kraupa píše o „alergickém glaukomu", uvažuje o angioneurotickém edému řasnatého tělíska, při kterém je změněna prostupnost cév pro bílkoviny a zvýšená exsudace, provokujícím momentem mohou být jakékoli alergeny. Posner a Schlossmann uvažují spíše o poruše hypotalamu. Jako u ostatních forem glaukomu jde zřejmě i zde o poruchu regulace nitroočního tlaku, resp. o narušení rovnováhy mezi tvorbou a odtokem komorové vody. Vlastní příčina této poruchy u popisovaného syndromu však bude moci být uspokojivě objasněna až tehdy, až se podaří odhalit příčinu glaukomu.

Pokud jde o terapii, vyzkoušeli různí autoři jak mydriatika, tak miotika, sedativa, nespecifické protizánětlivé léky, vitamíny, vazodilatancia, antialergika a u některých nemocných byly provedeny i antiglaukomové operace. Přes tuto různorodou léčbu se však záchvaty opakovaly dále. Ukázalo se, že je snad nejvýhodnější aplikovat místně kortisonovou mast, event. i slabě účinkující miotika a celkově diuretika typu fonuritu. Operace však rozhodně není indikovaná.

Léčíme několik let tři nemocné s obdobnými nálezy, u nichž jsme měli zpočátku značné rozpaky co do diagnostiky a tím i léčby.

První z nich je odborný asistent filosofické fakulty J. V., narozený v r. 1927. Léčili jsme ho ambulantně i na lůžkovém oddělení v l. 1955 a 1956, znovu jsme ho vyšetřili v l. 1965 a 1966. Uvádíme u něho poněkud podrobněji anamnézu, protože se nám zdá být velmi výstižná. Již v r. 1943 měl první obtíže s pravým okem. V zaměstnání (pracoval jako strojní zámečník) při svařování kovu nebo při zahřívání louhu měl silné bolesti kolem oka, měl mlhu před okem a v ní viděl několik ostře konturovaných barevných kruhů zejména kolem žárovky. Oko bylo při těchto obtížích silně překrveno, někdy byla bolest v oku řezavá a míval současně silné bolesti hlavy i žaludeční nevolnost. Bolesti bývaly tak silné, že musel přerušit práci na 2—3 hodiny. Tyto stavy se opakovaly velmi často, měl dojem, že jde o chorobu, která souvisí s jeho povoláním, protože záchvat byl prý někdy vyprovokován již pohledem na zapálený hořák. Obtíže trvaly několik hodin, někdy i týden až deset dní. Později, když změnil zaměstnání, studoval na vysoké škole, záchvaty nepřestaly, někdy byly velmi silné, spojené i se zvracením. Záchvaty se objevovaly asi 6krát—7krát za rok. V r. 1943 byl vyšetřen u praktického lékaře, v r. 1953 na očním oddělení OÚNZ, a ani při tomto vyšetření se zřejmě na glaukom nemyslelo. V r. 1955 se dostavil na naše oddělení, byl léčen ambulantně a celkem třikrát hospitalizován. Při prvním vyšetření jsme zjistili na pravém oku ciliární injekci, rohovka měla matný povrch, na endotelu rohovky byl shluk precipitátu, přední komora byla lehce zkalená, fundus normální, TOD = 47 mm Hg, VOD = 0,33—0,5. Při dalších atakách byl v prvních dnech nález obdobný. Po odeznění edému rohovky byla zraková ostrost vždy normální. Zpočátku jsme ordinovali pilokarpin a neoglaucit, při dalších atakách homatropin, později atropin. Při dal-

Diferenciálně diagnostický přehled

	Glaukomatocyklitická krize (syndrom Kraupův - Posnerův - Schlossmannův)	Glaukomatózní záchvat	Akutní iritida, resp. iridocyklitida
Bulbus	klidný nebo mírná smíšená injekce	výrazná smíšená injekce	výrazná smíšená injekce
Rohovka	ojedinělé precipitáty	edém rohovky	precipitáty nebo aspoň jemný nálet na zadní ploše rohovky
Přední komora	bez patologických změn	často mělčí, čirá	zkalená
Duhovka	klidná	klidná nebo lehce překrvená	překrvená, dekolorovaná, smazané kresby
Zornice	bez patologických změn	spíše širší	užší, v arteficiální mydriáze, event. zneokrouhlena synechiemi
Sklivec	čirý	čirý	při iridocyklitidě zkalen
Oční pozadí	bez patologických změn	u déle trvajícího glaukomu exkavace papily	bez patologických změn
Visus	normální	značně snížen	snížen
Perimetr	beze změn	výpady zorného pole podle trvání glaukomu	beze změn
Nitrooční tenze	lehce zvýšená	značně zvýšená	beze změn
Subjektivní potíže	většinou bez bolestí	silné bolesti	mírnější bolesti
Terapie (lokálně)	Sol. Hg oxycyanát 1 : 5000, Cortison (lokálně)	miotika	mydriatika, kortison

ších záchvatech si kapal znovu pilokarpin a užíval diamox, při této léčbě záchvaty ustupovaly rychleji. V posledních letech se záchvaty neopakují tak často jako dříve, asi 2krát až 3krát za rok, a jsou kratší, trvají asi 2—3 dny. Při záchvatu si kape pilokarpin 4krát—5krát denně. Na radu lékařů se snaží nenamáhat příliš oči, zvláště při umělém světle. Obtíže se objevují vždy jen na pravém oku. Zraková ostrost pravého oka je normální, pravá duhovka je světlejší než levá, jinak je nález normální. Na levém oku je nález včetně vizu normální.

Náš druhý nemocný — T. K. — narozený v r. 1932, zámečník, aktivní sportovec, nikdy vážněji nestonal. Dostavil se na naše oddělení poprvé na podzim r. 1961 s tím, že asi 4 dny vidí mlhavě na levé oko a že vidí tímto okem duhové kruhy kolem světla. Objektivně byl na pravém oku nález normální (včetně zrakové ostrosti). Na levém oku byla sotva patrná ciliární injekce, na endotelu rohovky několik precipitátů, TOS ± 40 mm Hg, jinak nález normální. Při terapii — třikrát denně kortisonová mast, dvakrát denně 1 tbl diamoxu — byla třetí den tenze normální, bulbus klidný. Pro obdobné obtíže s levým okem se nemocný hlásil na našem oddělení znovu na podzim r. 1963 a r. 1964 a v červnu 1965. Byl léčen vždy několik dnů kortisonovou mastí a diamoxem nebo fonuritem. Zraková ostrost a perimetr levého oka jsou stále normální.

Třetí nemocná, o níž chceme referovat, je úřednice D. L., narozená v r. 1925. Dostavila se poprvé na vyšetření na podzim 1961 s tím, že asi půl roku vidí na levé oko jen část předmětu, na který se dívá. Byla vyšetřena ambulantně a potom hospitalizována. Levý bulbus byl klidný s několika precipitáty. Na fundu jsme zjistili v centru makulární krajiny drobný nález, jehož charakter jsme nemohli přesně stanovit. Foveola se jevila tmavěji červená, než bývá obvykle, takže vznikl dojem malé hemorrhagie, pomýšleli jsme i na centrální retinitidu. Nález se však od té doby vůbec nezměnil, jde tedy s největší pravděpodobností o kongenitální změnu fundu, která nesouvisí s chorobou, o níž referujeme. Nitrooční tlak nebyl tehdy měřen. Ani při dalších recidivách výsevů precipitátů, při kterých byly obtíže minimální, nebyl nitrooční tlak měřen, považovali jsme toto onemocnění za chronickou iritidu. V prosinci 1964 měla nemocná bolesti hlavy kolem levého oka a viděla duhové kruhy kolem světel. Druhý den byla vyšetřena, oko bylo klidné, rohovka bez edému, na zadní ploše rohovky několik precipitátů, TOS = 34 mm Hg. Při terapii diluran, pilokarpin a kortison v masti byla třetí den tenze normální. Precipitáty postupně vymizely, VOS = 1 s námahou. V červenci 1965 měla další ataku, při které byl edém epitelu rohovky, tenze 42 mm Hg. Byla léčena fonuritem, soluglaucitem a pilokarpinem. Třetí záchvat stejného charakteru se objevil v září 1965, další v srpnu 1966. Nemocná má na pravém oku stále normální nález včetně vizu a perimetru, vlevo je duhovka světlejší, nález na fundu se nemění, vizus je 1 s námahou, perimetr je stále normální.

Tak jako četní jiní autoři, snažili jsme se i my ze začátku uvedené nemocné zařadit do kategorie buď primárního nebo sekundárního glaukomu. Vzhledem k precipitátům klonili jsme se spíše k diagnóze sekundárního glaukomu, ale téměř klidný, nebo dokonce úplně klidný bulbus nám nedovolil zcela vyloučit možnost primárního glaukomu. To se ukázalo nejen v terapii, ale i v pokynech, které jsme dávali nemocným pro jejich životosprávu u primárního glaukomu. Nemocný se musí vyhýbat větší fyzické námaze i duševnímu vyčerpání, nemá pít alkohol ani černou kávu, má omezit příjem tekutin a za všech okolností přesně dodržovat předepsanou léčbu. Tak např. nemocnému T. K. jsme ani po odeznění záchvatu nedoporučovali vyčerpávající závodní sportovní výkony. Jakmile jsme si ujasnili, že jde o syndrom Kraupův — Posnerův — Schlossmannův, u něhož je prognóza velmi dobrá, neukládali jsme našim nemocným tak přísný režim.

Přijde-li do ordinace oftalmologa nemocný s uvedenými příznaky, je nutno pomýšlet na glaukomatocyklitické krize a nebýt příliš radikální v léčbě, ani pacienta zbytečně nevystrašit diagnózou zeleného zákalu. Pro období, kdy není ještě možno s jistotou říci, že jde o tento syndrom, a oftalmolog je na rozpacích, jsou-li indikována miotika nebo mydriatika, bylo by vhodné mít k dispozici preparát typu glaukosanu, který rozšiřuje zornici bez nebezpečí zvýšení nitrooční tenze, ba naopak, snižuje nitrooční tlak.

Vzhledem k dobré prognóze není nutno u Kraupova — Posnerova — Schlossmannova syndromu pracovní schopnost nemocného trvale omezit. Z hlediska vojenské služby vzniká otázka, jak klasifikačně zařadit vojáka z povolání nebo vojáka v základní službě, trpící glaukomatocyklitickými krizemi. U glaukomu zjištěného v ústavu se nyní stanovuje klasifikace D—C_2 v II. sl. a D v I. sl. Předpis nerozlišuje primární a sekundární glaukom. Vzhledem k prognóze glaukomatocyklitických krizí se domníváme, že podle sl. II. by byla na místě u zmíněného syndromu klasifikace C_1 a podle sl. I. klasifikace C.

Pro lepší přehled uvádíme diferenciálně diagnostickou charakteristiku u syndromu Kraupova — Posnerova — Schlossmannova, glaukomatózního záchvatu a akutní iritidy.