

616.8—022.7:617.7

ZAJÍMAVÝ OČNÍ NÁLEZ V PRŮBĚHU TOXIINFEKČNÍHO ONEMOCNĚNÍ NERVOVÉHO SYSTÉMU

MUDr. J. KUDRNOVSKÝ, MUDr. J. SUCHÁNEK

Vojenská nemocnice v Plzni, oční oddělení

Nitrooční záněty všeobecně ve svých různých formách a záněty sítnice zvláště se mohou vyskytnout v průběhu skoro každého infekčního onemocnění. Zánět sítnice u infekční nemoci je vyvoláván buď účinkem bakterií či jejich toxinů přímo, nebo působením těchto činitelů na složitý systém látkové výměny organismu a jeho obranných schopností do té míry, že vznikne závažné poškození tkání s určitou lokalizací a poškozením funkce. Záleží vždy na mnoha okolnostech, které způsobují přímou manifestaci klinického obrazu, všechny tyto okolnosti však souvisí bezprostředně s celkovým biologickým vývojem jak poškozeného, tak vyvolávajícího organismu.

Podle DUKE-ELDERA rozdělujeme typy zánětů sítnice na:

- nespecifické (retinitidy akutní hnisavé, subakutní fokální, sekundární retinitidy),
- specifické — bakt. záněty (tbc, lepra, lu) a virové a ostatní bakt.

Vlastní průběh zánětu sítnice je pak u mnoha typů infekce značně podobný, liší se obvykle délkou průběhu, stupněm poškození a výraznějším projevem některého stadia průběhu u rozdílných typů infekce. Ve své většině je však zánět sítnice u mnoha typů infekčních chorob a nejenom infekčních chorob podobný.

Podle dostupné literatury se záněty sítnice ve spojení s virovou infekcí vyskytují řídce, ve vlastním lokálním projevu pak převažuje tvorba drobných hemoragií, trombózy kapilární sítě, vaskulární obliterace, které bývají podkladem pro vznik drobných prosáknutí, až rozsáhlých edémů. Po stránce poškození funkce jsou popsány případy od drobných diskrétních změn, které zanechávají pouze nepatrné funkční poruchy až rozsáhlé ložiskové změny, mající podstatný vliv na zrak. Takové změny jsou vylíčeny u chřipky, spalniček, varioly, pásového oparu, u infekční mononukleózy apod.

Pozorovali jsme na našem oddělení změny na sítnici obou očí u nemocného, léčeného na ORL a neurologickém oddělení našeho ústavu s toxinfekčním poškozením nervového systému virového původu. Protože jde o rozsáhlé změny, zajímavé svým vznikem, lokalizací, průběhem a vyhojením, hodláme o nich podat podrobnější zprávu.

V létě 1966 byl ve vojenské nemocnici v Plzni léčen voják v základní službě V. R., narozený v r. 1946, sloužící v periferní posádce okresu Tachov. Epidemiologická situace, zjišťovaná ex

post, byla v celém tachovském okrese po stránce výskytu neuroinfekcí velmi příznivá.

Pacient byl přijat na ORL oddělení našeho ústavu za týden po vzniku prvních obtíží, které spočívaly v postupném zhoršování sluchu nejprve v pravém uchu, později vlevo, při celkem normálním otoskopickém nálezu. Úbytek sluchu byl objektivně dokumentován opakovaným audiometrickým vyšetřením.

Z chorobopisu a průběhu choroby vyjímáme: RA: bezvýznamná.

OA: zánět středouší ve 12 letech, operace slepého střeva v r. 1966, jinak netrpěl žádnou vážnou chorobou, neprodělal žádné oční onemocnění. NO: nemocný pozoroval postupný úbytek sluchu od 20. června 1966 od rána, a to nejprve na uchu pravém, později i na uchu levém. 27. června 1966 byl přijat na ORL oddělení našeho ústavu, kde pobyl do 11. srpna 1966, poté pro neurologický, postupně se vyvíjející nálezu byl přeložen na nervové oddělení, kde ležel až do 27. října 1966. V té době pak byl vcelku v dobrém tělesném stavu, po přezkumném řízení s výsledkem „neschopen vojenské služby“ předán k dalšímu léčení do ústavu národního zdraví v místě trvalého bydliště.

Otiatrické vyšetření po příchodu do našeho ústavu svědčilo pro těžkou oboustrannou nedoslýchavost při normální dráždivosti vestibulárního aparátu. Celkový somatický nálezu byl vcelku dobrý, kromě nedoslýchavosti pacient jiné obtíže neudával a také výsledky ostatních vyšetření konziliárních i laboratorních nesvědčily pro celkové somatické poškození.

Teprve v průběhu hospitalizace se začal obraz nemoci měnit a dále rozvíjet. Koncem července (za měsíc pobytu) si nemocný začal stěžovat, že hůře vidí nejprve na levé oko, později i na pravé oko a objektivně byla zjištěna porucha zorného pole. V té době rovněž velice pozvolna nastupovaly neurologické příznaky. Neurologické vyšetření (4.8.) kromě hluchoty vpravo, hypakuse vlevo a poruchy zorného pole vlevo, způsobené očním nálezu, ukázalo dále méně pohyblivé oblouky patrové, při fonaci se pouze nepatrně zvedající, uvulu uchýlenou doleva, výrazný dávkový reflex, snížené reflexy břišní, zvýšené L2 — S2 a pozitivní iritační jevy pyramidové na obou dolních končetinách. Pro podezření z postižení CNS provedena lumbální punkce s pozitivním nálezu v mozkomíšním moku. EEG, hojné vlny theta v předních svodech i dozadu se

šířící tvořící skupiny a řetězce s měnlivou stranou převahy.

Kalorická a rotační dráždivost vestibulárního aparátu byla dále neporušena.

Pacient byl 11. srpna pro podezření z toxiinfekčního onemocnění CNS přeložen na neurologické oddělení k dalšímu léčení. Při kontrolním vyšetření likvoru byla zjištěna albumino-cytologická disociace a pozitivní zvýšení bílkovin. Po lumbální punkci přetrvávaly bolesti hlavy, nechutenství a nemocný hojně zvracel.

24. 8. se dostavila silná závrať s pocitem houpání, v objektivním nálezu byl výrazný horizontální rotační nystagmus 2. stupně doprava, algická hypostézie v oblasti 2. větve trigeminu vpravo a snížená citlivost pravé rohovky. Reflexy C 5—8 vlevo vyšší, taxe vlevo HK nepřesná, rr. břišní výbavné, L 2 — S 2 zvýšené a oboustranně pozitivní irit. jevy PY. Šíje oponovala.

Při vestibulárním vyšetření rotační dráždivost vpravo vymizela, vlevo byla normální.

Sluch vpravo se ještě více zhoršil, vlevo zůstal beze změn. Obtíže pak v té době u nemocného pozvolna ustupovaly, přetrvávala pouze mírná bolestivost hlavy, asi za měsíc poté se stav nemocného opět zhoršil, znovu se objevovala nauzea se zvracením, silné bolesti hlavy, přechodný horizontální nystagmus oboustranný a navíc v neurologickém nálezu byla patrná paleo a levostranná neocerebelární symptomatologie. Od té doby se již neurologický nálezu dále neměnil. Obtíže se upravovaly a nemocný udával kromě poruchy sluchu pouze mírnou bolest hlavy s občasnou závratí při chůzi. Audiometricky byl ušní nálezu nezměněn a navíc byla zjištěna oboustranná kalorická i rotační areflexie. 27. 10. byl pacient propuštěn do domácího ošetření v celkově dobrém stavu se závěrem:

Prodělaná kmenová encefalomyelitida, nejspíše virového původu s postižením N.VIII oboustranně, odezněly zánět sítnice obou očí.

Vlastní oční pozorování:

Nemocný byl konziliárně poprvé vyšetřen na očním oddělení dne 5. července 1966 s nálezem: visus oboustranně 6/6, zevně i na pozadí fyziologický nálezu. Za měsíc po přijetí (26. 7.) si nemocný začal stěžovat, že vidí hůře na levé oko. Vyšetřen druhého dne na očním oddělení a popisovali jsme tehdy tento nálezu:

Visus 6/6 oboustranně.

OP — zevní a oční segment bez chor. změn, oční media a pozadí s norm. nálezem.

OL — zevně idem jako vpravo, bulbus klidný, pohyblivý, rohovka intaktní, přední komora norm. hluboká, čirá, duhovka klidná, zornice středně široká, zleněně reagující (přímo i nepřímě), oční media průhledná, na pozadí disk v úrovni, ostře hraničí, výstup cév a cévní průběh z větší části s normální kresbou, centrum bez reflexu, těsně pod centrem je rozsáhlé čerstvé prosáknutí sítnice žlutozelenavě zbarvené typu hustého ložiska horizon-

tálně oválného tvaru, ne zcela dokonale ohraničené. Ložisko je umístěno pod centrální krajinou a dosahuje dole až k dolnímu temporálnímu cévnímu větvení, které malou částí překrývá. Do strany pak zasahuje asi na vzdálenost 5PD temporálně.

Svou lokalizací ložisko odpovídá udávané poruše zorného pole.

Nález uzavřen jako chorioretinální prosáknutí na oku levém s poruchou zorného pole a se zachovalou dobrou zrakovou ostrostí a vzhledem k tomu, že pacient ležel na jiném oddělení, byla mu doporučena obvyklá léčebná kúra a doplňková vyšetření. Vyšetření zorného pole bylo provedeno pouze orientačně, je naprosto nedokonalé a rovněž je nemůžeme považovat za zcela přesné, protože nemocný byl prakticky hluchý, byla s ním velice těžká domluva a ani písemně zcela dobře neporozuměl, co je na něm požadováno.

Při kontrolním vyšetření za několik dnů byl visus oboustranně beze změn, oko pravé s normálním nálezem na fundu při posledním vyšetření však vykazovalo rozsáhlé ložiskové změny na sítnici pod centrální krajinou obdobného typu a charakteru jako na oku levém (prosáklé žlutozelenavé, neostře ohraničené rozsáhlé ložisko, uložené těsně pod centrem, ostře ohraničené směrem vzhůru, neostře ohraničené dolů a do periférie, reflex v centru je setřelý a je zde viditelné rozšíření kapilární sítě). Nález na levém oku byl nezměněn.

Nemocný byl dále kontrolován na očním oddělení ve dnech 2., 9. a 12. srpna, na sítnici vpravo i vlevo změny přetrvávaly, od 9. srpna jsou pak oboustranně v zřetelné regresí. Při kontrole 9. 8. zjišťujeme zřetelný výsev drobných pigmentací nejprve na oku levém a od 22. 8. i na oku pravém.

Oční nálezu ze dne 22. 8.:

Visus oboustranně 6/6.

OP = OL: zevní a přední segment bez chor. změn, media průhledná, na pozadí oboustranně diskretní pigmentové změny v centrálních krajinách, popisovaná ložiska oboustranně beze zbytku vstřebaná. Disk se nám zdá oboustranně temporálně výrazněji bledší.

Tento oční nálezu zůstává již beze změn po celou dobu, po kterou pobýval nemocný v našem ústavu. Subjektivně ještě nemocný udává občasné poruchy v zorném poli, avšak neodpovídají nálezům při opakovaných perimetrických vyšetření. Po propuštění z našeho ústavu jsme nemocného ztratili z dohledu a jakýkoli pozdější pokus o navázání kontaktu s ním či s jeho rodiči neuspěl. Rovněž tak naše dotazy v příslušném OÚNZ zůstaly nezodpověděny.

Závěr

Popsali jsme rozsáhlé ložiskové změny, které se vyskytly u nemocného, postiženého toxiinfekčním onemocněním nervového systému, prav-

děpodobně typu kmenové encefalomyelitidy virového původu. Popisované ložiskové změny na sítnici byly oboustranné, souměrné, lokalizované nejprve na oku levém, později i na oku pravém a v témže sledu ustupovaly.

V celém průběhu pozorovaného onemocnění nebyla porušena zraková ostrost a po vstřebání byla zanechána na sítnici oboustranně drobná pigmentace v centrálních krajinách obou očí a jemné temporální nablédnutí disků.

Onemocnění se vyvíjelo v průběhu těžké oboustranné nedoslýchavosti, která později vyústila

v pravostrannou hluchotu a levostrannou těžkou nedoslýchavost jako následek proběhlého onemocnění nervového systému typu virové kmenové encefalomyelitidy. Oční změny následovaly v pátém týdnu onemocnění, přetrvávaly 23—25 dnů a v době počátku očních změn se teprve manifestovala objektivním vyšetřením zjistitelná neurologická symptomatologie choroby.

Při podrobném prostudování dostupné literatury jsme se s podobným popisem rozsáhlých ložiskových změn přechodného charakteru nasetkali.