

616-022.72.23617.71-007.57-036.11-02

PŘÍSPĚVEK K NEOBVYKLÝM PŘÍČINÁM JEDNOSTRANNÉ AKUTNÍ PROTRUZE BULBU

M. FIALA

ORL oddělení vojenské nemocnice v Českých Budějovicích
(náčelník: pplk. MUDr. Miloš Fiala)

Jednostranná akutní protruze bulbu je vždy vážným nálezem a je způsobována onemocněním místním či celkovým, nespecifickým, specifickým, tumory.

Vzhled protruze může mnoho napovídat. Zejména tehdy, jde-li o postižení útvarů známých a jde-li o směr protruze předpokládaný. Velmi důležitý je nález na oku a jeho adnexách. Podle toho rozdělujeme protruzi jakéhokoliv původu z praktických důvodů pro další léčebný postup do dvou základních skupin:

1. Protruze se zánětlivými projevy očními,
2. Protruze bez zánětlivých projevů očních.

Ad 1. Z hlediska otolaryngologa:

Bulbus je vytlačen zevně, či zevně dolů při orbitocelulitidách a frontoetmoidálních sinusitidách. Dopředu při onemocnění kosti klínové, dolů i zevně dolů při izolovaném onemocnění dutiny čelní. Vzhůru při těžkých zánětech čelistní dutiny, zejména při dentálním empyemu dětí [11, 13].

Poznatek č. 1. Protruze bulbu se zánětlivým nálezem na oku je nejčastěji následkem zánětlivého procesu postupujícího do orbity z vedlejších dutin nosních a odpovídá stupni a druhu postižení očníce. Zánětlivé změny na oku jsou z velké části spolurozhodující o naléhavosti a rozsahu operace.

ad 2. S protruzí bez zánětlivých očních projevů se otolaryngolog setkává při prostém tlakovém postižení očníce, které do očníce proniká z jejího okolí, a to krevními výrony při zranění počínaje a tumory všeho druhu konče. Krom toho se vyskytuje při celkových onemocněních, nejčastěji endokrinních orbitoparatiích [1].

Poznatek č. 2. Protruze bulbu bez zánětlivého postižení oka má většinou tlakovou nebo endokrinní etiologii. Operační zákrok až na ojedinělé případy, jako stavění krvácení po úrazech nebo operace primárních ložisek při trombóze, není urgentní, při systémovém onemocnění může být přímo kontraindikovaný.

Vlastní pozorování

Dovolíme si stručně referovat o nemocném s jednostrannou akutní protruzí bulbu, na jehož pozoruhodnosti ničeho nemění okolnost, že jde o starší, dosud nepublikovanou událost.

Nemocný S. V., 30 let, povoláním parketař, RA, OA bezvýznamná.

NO: Byl léčen ambulantně 3 týdny v OÚNZ s lézí menisku pravé dolní končetiny (škrobový obvaz), později se bolesti objevily i v levé dolní končetině. Občas bolesti řezavého charakteru podle bederní páteře. Teplota do 38 °C,

malátný. Léčen acylpyrinem. Bolesti hlavy a v čele, šířící se do spánků. Poslední 4 dny dvojité vidění. Dne 16. 8. 1963 byl odeslán z ambulantní části interního oddělení na naše oddělení se závěrem: neurocirkulační astenie. Susp. sinusitis frontalis lat. utr. Byl ihned přijat.

ORL nález: Poklepová bolestivost nad oběma frontálními siny, palp. bolestivost tamtéž i pod dolním okrajem orbity vpravo. Otok kolem pravého bulbu, bulbus vytlačen zevně a dolů. Dvojité vidění. Rtg dutin: pravá čelní má poměrně syté homogenní zastínění, levá normálně transparentní. Obě čelisti jsou na svém obvodu zastřeny do hloubky 6–10 mm, zbytek dutin je normální. Punkce l. dx. — negativní TK 155/90, puls 88/min., FW 46/80, srážlivost 30 s., krvácivost 3,55 min., moč 1-3 Le, ploché epi, oxaláty.

Oční vyšetření: závěr: paréza n. VI. a VII. vpravo, diplopie.

17. 8. — operace sec. Killian vpravo (plk. MUDr. Flax) — v dutinách řídký sekret, oteklá sliznice, duktus nazofrontalis neprůchodný, exenterace etmoidálního labyrintu, katetr. Histologie: Jde o chron. fibroproduktivní sinusitidu.

Pooperační průběh:

18. 8. — T 39 °C, v dalších dnech pokles na 37 °C, v posledních dnech na 38 °C. Značné zhoršení 4. den, bolestivost na hrudníku a v dolních partiích vlevo (šlo o malou rupturu sleziny), rychlé ubývání sil. Nové vyšetření interní: včetně břicha bez nálezu, dop. rtg plic.

24. 8. — KO s diff. — Ery 3 mil., Le 17 000, He 60 %, Le - Ty 4, Se 1, Ly 3, 89 % nezralých atyp. buněk — myeloblasty?, dopor. sternální punkce. Pro podezření z retrobulbárního abscesu revize 24. 8. (plk. MUDr. Flax). Ta ukázala nekrotickou, nehojící se ránu.

26. 8. — KO s diff. — Ery 2,7 mil., Le 39 000, He 54 %, Trombocyty 70 000, diff. jednotvárný, skládající se z blastoidních buněk. Hematokrit 24,7, FW 128/139.

Terapie: transfúze, infúze, ATCH, Prednison, Erythromycin. Téhož dne exitus letalis. Pitevní protokol: Myelosis leucaemica peracuta tumoriformis. Sepsis ac. Oedema pulmonum. Nález na 19 řádcích, vyjímáme: Diathesis haemorrhagica leucaemica, tumorózní infiltrace orgánů leukemickými infiltráty, infiltratio leucaemica tellae adiposae cum protrusione bulbi oculi dextri.

Rozprava

Nádorovité leukemické útvary mající za následek protruzi bulbu byly popsány v literatuře různých oborů. Jirman [6] píše o zánětlivých pseudotumorech očních a dodává, že rovněž leukémie (dále pouze Le) a pseudoleukémie vyvolává vznik nádorovitých útvarů v očnicích. Škorpil [9] popisuje rozsáhlé nádorovité útvary na různých místech těla, na prvním místě na kůži, ale také ve svalstvu, v dura mater a jiných orgánech. Jindy se lokalizují paro-

sálně, zvláště na lebce a v orbitě. Lokalizované nahromadění buněk označuje jako myelosarkomy nebo myeloblastomy a leukózy, v jejichž průběhu se objevují jako myelosarkomatózy.

Exoftalmus je popisován jako možný příznak pravidelně u chlorómu [2, 3, 8], vzácného to typu tumoriformní Le u dětí a mladistvých, kdy může dojít i k prorůstání do vedlejších dutin nosních i výčnělku soscovitého [7], Horníček však považuje postižení vedlejších dutin nosních za velmi vzácné [4].

Exoftalmus tohoto původu je u dospělých vzácnější, zmínky o něm však rovněž nechybějí [10]. Příklad, že akutní Le byla léčena na jiném oddělení než interním není ojedinělé. Je tomu tak proto, že prvotní příznaky mohou být velmi různorodé. Vedle asi 7 příznaků nejkonstantnějších (teploty, bledost, hemorrhagická diatéza, bolesti kloubů, zvětšení uzlin, angína, nechutenství) spočetli jsme v literatuře 29 příznaků méně častých až vzácných, a to vedoucích nebo jediných. Byly to příznaky s bolestmi v uších a Menièrským syndromem a snížením sluchu až hluchotou počínaje a nevysvětlitelným priapismem a retencí moče z Le-infiltrátu prostaty konče.

Podle Škorpila [9] jsou leukózy častým onemocněním. Na pitevním stole se setkal na tisíc případů Ca se 105 Le. U dětí jsou nejčastějším zhoubným nádorem vůbec [5]. Donner a Friedmann [2] uvádějí výskyt 4–5 Le na 100 000 obyvatel ročně a velké statistiky USA [4], že počet úmrtí na Le je početně daleko vyšší, než na všechny infekční nemoci dohromady.

V písemnictví je uváděna řada operovaných akutních Le. V ORL oboru referují Becher a Haas (dle Horníčka) o 8 případech tonzilektomie u myeloidních Le. Všichni operovaní zemřeli do několika dnů v souvislosti s operací. Bylo operováno pro dechové obtíže z leukemických infiltrátů, jindy byla učiněna incize i tonzilektomie pro obraz prosté peritonizilitidy [12]. Za života nebezpečné jsou označovány i tracheotomie [4]. Wessely [11] uvádí Le v kontraindikacích operace na prvním místě po hemofilii.

Vedoucím příznakem, proč byl náš nemocný operován, byla jednostranná akutní protruze bulbu při rtg popsané a později i histologicky prokázané frontální sinusitidě při jinak nic neříkajícím nálezu interním, očním. Bolesti hlavy zapadaly do obrazu sinusitidy po prodělané chřipce. K revizi bylo přistoupeno, protože nebylo konziliárními vyšetřeními stanoveno, zda jde o sepsi se septickým ložiskem retrobulbárním, trombózu kavernózního sinu či leukémii.

Souhrn

Sdělení chce upozornit na nutnost operační zdrženlivosti u jednostranné akutní protruze bulbu, i když mnohé mluví pro komplikaci

akutní frontální sinusitidy, chybí-li však zánětlivý nález na oku a jeho adnexách.

U vlastního nemocného šlo o perakutní tumoriformní leukémii s akutní protruzí bulbu, s nepřítomností zánětlivých projevů očních, doprovázenou bolestí hlavy, frontální sinusitidou, rtg. i histologicky prokázanou, s pro-vleklou chřipkovou anamnézou.

Literatura

1. Berendes, J. - Link, R. - Zöllner, F.: Endokrine Orbitopathie in Hals—Nasen—Ohren—Heilkunde in Praxis und Klinik B. 2., Obere und untere Luftwege, Stuttgart, G. Thieme 1977, s. 29. 9.—29. 10.
2. Donner, L. - Friedmann, B.: Hematologie — Avicenum ZdN 1977, s. 183.
3. Grunke, W.: Lehrbuch der Hämatologie, Jena, VEB G. Fischer 1962, s. 335.
4. Horníček, V.: Příznaky leukémie v horních cestách dýchacích, Čs. Otolaryng., 9, 1960, č. 4, s. 230—236.
5. Janele, J.: Leukózy u dětí. Lékařské repetitorium, SZdN 1967, s. 818—819.
6. Jirman, J.: Oční lékařství, Praha, Lékařské knihkupectví a nakladatelství 1947, s. 450.
7. Netoušek, M.: Vnitřní lékařství, Praha, Spolek českých lékařů a spolek mediků 1949, s. 238.
8. Peiper, A. - Albrecht, J.: Leukemie im Kindersalter Leipzig, G. Thieme 1958.
9. Škorpil, F.: Obecná a soustavná patologie novotvarů, Praha, SZdN 1950, s. 450—486.
10. Votočková, J.: Exoftalmus, protrusio bulbi, Lékařské repetitorium, Praha, SZdN 1967, s. 577—583.
11. Wessely, E.: Klinik der Hals-Nasen und Ohren-Erkrankungen, Berlin und Wien, Urban & Schwarzenberg, 1944, s. 203.
12. Wiškovský, B.: Akutní myeloblastická leukémie pod obrazem prosté peritonzilitidy, Praha, Ústní sdělení na V. čl. schůzi Čsl. ORL spol. 1936.
13. Zange, J. - Schuhardt, K.: Rhinologische und plastische Operationen auf Grenzgebieten mit der Ophtalmologie und Chirurgie, Leipzig, G. Thieme 1950, s. 1185—1204.