

Akutní stavy v oftalmologii

MUDr. Jan Studnička, Ph.D., prof. MUDr. Hana Langrová, Ph.D.

Oční klinika FN a LF UK Hradec Králové

Autoři uvádí přehled akutních stavů v oftalmologii, které se týkají očních onemocnění způsobených infekcí a zánětem, poranění očí a glaukomového záchvatu. Z onemocnění sítnice a zrkového nervu jsou uvedeny uzávěr sítnicové tepny a žíly, odchlípení sítnice, akutní zánět zrkového nervu a přední ischemická neuropatie optiku. U každého onemocnění jsou rozebrány příznaky, komplikace a léčba.

Klíčová slova: akutní stavy, oční onemocnění, léčba.

Acute states in ophthalmology

The authors present an overview of acute states in ophthalmology relating to ocular diseases caused by infection and inflammation, eye injuries and acute glaucoma. The following diseases of retina and optic nerve are presented: occlusion of retinal artery and vein, retinal detachment, acute optic neuritis and anterior ischemic optic neuropathy. For each disease are discussed symptoms, complications and treatment.

Key words: acute states, eye disease, treatment.

Med. praxi 2013; 10(5): 207–210

Akutní stavy způsobené infekcí nebo zánětem postihují očníci, víčka, slzný systém, spojivku, rohovku a žílnatku. Orbitocelulitida je infekce extrabulbárního obsahu očníce. Podle místa infekce se rozlišuje na preseptální a retroseptální. Projevuje se bolestí, otokem víček a bulbární spojivky, exoftalmem a diplopií pro postižení okohybných svalů. Ve většině případů bývá orbitocelulitida spojena se zánětem vedlejších nosních dutin, zřídka s posttraumatickým nitroočním zánětem šířícím se přes stěnu bulbu. Nejčastěji se vyskytuje u dětí. Retroseptální zánět vyžaduje mezioborovou spolupráci pro riziko šíření infekce do lebeční dutiny. Komplikací je vytvoření subperiostálního abscesu nebo trombóza kavernózního splavu, zrak je ohrožen kompresí nervové-cévního svazku. Léčba spočívá v systémovém podání antibiotik (ATB) ve vysokých dávkách. Záněty slzného vaku (dakryocystitidy) se rozvíjejí zejména při obstrukci slzovodu, která způsobuje stagnaci a infikaci slz patogeny periokulární krajiny. Onemocnění se projevuje bolestmi hlavy, horečkou, případně nevolností, zarudnutím a palpačně bolestivým zduřením v oblasti pod vnitřním koutkem, kde se nachází hnisem vyplněný slzný vak. Neléčená dakryocystitida může progredovat v orbitocelulitidu a vzhledem k venóznímu odtoku přes angulární žílu může vést k trombóze kavernózního splavu. Léčíme perorálními antibiotiky účinnými na stafylokoky. Při vytvoření abscesu je nutná incize a drenáž. Záněty víček reprezentují záněty mazových žlázek, ječné a vlčí zrno (hordeolum a chalazion), s místními známkami akutního zánětu, které léčíme teplými obklady, aplikací ATB mastí a případně incizí. V počátečních sta-

diích pomáhá zklidnit známky zánětu lokální aplikace kortikosteroidů. Záněty spojivek (konjunktivitidy) mohou mít infekční a neinfekční etiologii. Infekční konjunktivitidy jsou způsobené bakteriemi, viry a chlamydiemi, neinfekční pak syndromem suchého oka nebo jsou projevem alergické reakce. Projevují se zarudnutím oka a sekrecí, zrak nebývá výrazně postižen. Hnisavá sekrece je typická pro bakteriální infekce, které léčíme místní aplikací ATB. Léčba by měla být cílená podle výsledku kultivace stěru ze spojivkového vaku. Dnes již vzácná gonokoková konjunktivitida se vyznačuje perakutním průběhem, lymfadenopatií a neléčená bývá komplikována rohovkovými vředy. Serózní sekrece a preaurikulární lymfadenopatie jsou typické pro virové záněty, z nichž nejčastější je adenovirová, neboli epidemická keratokonjunktivitida, kterou léčíme symptomaticky, neboť virostatika nejsou účinná. Hlenový sekret je pak typický pro chlamydiovou inkluzní konjunktivitidu, přenášenou nejčastěji pohlavním stykem. Léčba spočívá v podávání tetracyklinových ATB místně i celkově po dobu několika týdnů. Je nutné také vyšetření a přeléčení sexuálních partnerů nemocného. U alergických zánětů se uplatňuje několik typů alergické reakce, typickým projevem je svědění a otok spojivky (tzv. chemóza), případně i víček. Vyskytnout se může pálení, řezání a zarudnutí spojivky. U sezónní konjunktivitidy většinou vystačíme s antihistaminiky, steroidy podáváme jen výjimečně. Závažnější průběh mají atopická nebo vernální konjunktivitida, které mohou být komplikovány postižením rohovky. Aplikaci steroidů omezujeme na co nejkratší dobu pro jejich nežádoucí účinky v podobě

katarakty a glaukomu, u závažných forem podáváme cyklosporinové kapky. Zánět rohovky (keratitida) je závažný stav, kdy nesprávná diagnóza a léčba může způsobit nevratné postižení zraku. Projevuje se zejména světloplachostí, řezavou bolestí, zhoršením zraku a zčervenáním oka. Typickým příznakem je snížená citlivost rohovky. Infekční záněty jsou způsobené bakteriemi, viry a plísněmi, neinfekční záněty jsou projevem autoimunitních chorob. Keratitidy mohou být povrchové a zasahovat jen epitel nebo hluboké, stromální. Vážnými komplikacemi je rozvoj rohovkového vředu a indukovaný nitrooční zánět (obrázek 1). Většina bakterií postihuje rohovku jen při porušeném epitelu například po traumatu. Herpetické viry vytvářejí typické větvičkovité léze na rohovce, mohou postihnout i stroma. Plísně napadají rohovku jen vzácně, nejčastěji při dlouhodobé aplikaci ATB a steroidů. U uživatelů kontaktních čoček mohou být rohovkové epitelální defekty vzniklé mechanicky nebo toxicky infikovány akentamébami, kdy se rozvíjí velmi bolestivý rohovkový vřed, který bývá terapeuticky obtížně zvládnutelný. Stav vede téměř vždy k těžkému postižení zraku. Keratitidy léčíme ATB, antiviroty a antimykotiky místně,

Obrázek 1. Vřed rohovky



celkovou léčbu nasazujeme při rozvoji vředu, nebo u indukovaného nitroočního zánětu. S podáním steroidů ke snížení jizvení a zánětu u infekčních keratitid musíme být velmi opatrní, naopak neinfekční keratitidy léčíme právě steroidy nebo jinými imunosupresivy. Záněty živnatky (uveitidy) jsou infekční i neinfekční záněty, které dělíme z anatomického hlediska na přední uveitidy, zadní uveitidy, panuveitidy a endoftalmitidy. Z hlediska akutních stavů je nutno zmínit přední uveitidu (iritocyklitidu) a endoftalmitidu. Iridocyklitida se vyznačuje tupou bolestí oka vyzařující do okolí, při postižení řasnatého tělesa je bolest ostrá, zvláště při pohledu do blízka. Je přítomna světloplachost, slzení a zhoršení zraku. Oko je červené, také víčka mohou být oteklá a zarudlá. Je přítomný hnisavý výpotek v přední komoře. Akutní iridocyklitidu je nutné odlišit od glaukomového záchvatu pro zcela odlišnou léčbu. Léčíme mydriatiky a cykloplegiky k překonání spazmu zornicového svěrače ke snížení bolesti a k zabránění srůstů duhovky s čočkou. Dle etiologie pak aplikujeme ATB nebo steroidy a nesteroidní antiflogistika. Endoftalmitida je závažný nitrooční zánět bez propagace přes stěnu oka, většinou infekční etiologie, který ohrožuje nejen zrak, ale i život pacienta přestupem infekce do očníce a nitrolebí. Příčinou exogenní endoftalmitidy je perforující poranění nebo nitrooční zákrok, vzácná endogenní endoftalmitida vzniká hematogenním rozsevem infekce. Projevuje se výrazným zhoršením až ztrátou zraku pro hnisavý výpotek v přední komoře a sklivcové dutině, bolestí a zarudnutím oka, případně i periokulárních tkání. Vyskytnout se může i hnisavá sekrece ve spojivkovém vaku a rohovkový infiltrát. Nezbytné je promptní zahájení intenzivní místní (ev. i podspojivkové, intrakamerální nebo intravitreální) a celkové (perorální, intravenózní) aplikace širokospektrých ATB, případně i operační řešení pars plana vitrektomií.

Akutní stavy související s úrazy. Poranění oka, periokulární krajiny a očníce vznikají jak při tupých, tak i penetrujících poraněních a mohou se vyskytnout samostatně nebo v rámci polytraumat. Při ošetření oka a jeho okolí je nutno a) stabilizovat životně důležité funkce u polytraumat, b) přednostně ošetřit otevřené poranění oka před ošetřením víček a c) vyčistit rány znečištěné cizími tělesy a teprve poté je pečlivě adaptovat a sešít. Zejména u poranění organickým materiálem je nutno pamatovat na prevenci tetanu. Správné určení rozsahu poranění oka s adekvátní léčbou mohou minimalizovat následky úrazu. Velice důležitá je

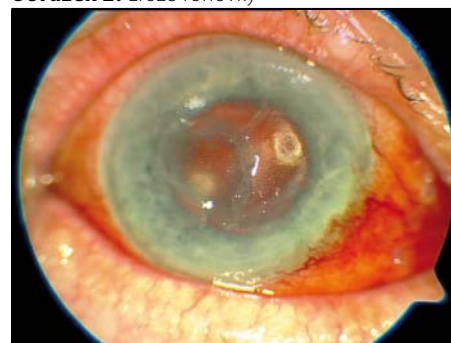
podrobná anamnéza, kdy mechanismus úrazu často napoví, jak rozsáhlá poškození tkání můžeme očekávat. Sepsání protokolu o úrazu při primárním ošetření je zásadní u pracovních úrazů, neboť má pracovní právní důsledky.

Základní vyšetření zahrnuje stanovení zrakové ostrosti, funkce víček, pohyblivosti bulbů, stavu povrchových tkání oka a přítomnosti zornicových reakcí. Následuje palpce okraje očníce, zjištění stavu slzných cest u poranění víček při vnitřním koutku, odhalení přítomnosti hypotonie u penetrujících poranění. Při podezření na zlomeninu očníce nebo přítomnost cizího tělesa je nezbytné provést rtg nebo CT očních. Oftalmolog pak vyšetří pacienta na šterbinové lampě a oftalmoskopicky a podrobně zhodnotí stav bulbu.

Poranění očníce jsou závažná, protože bývají sdružena s dalšími poraněními lebky. Nutné je vyloučit přítomnost cizího tělesa u ostrých poranění a zlomeniny očníce u tupých úrazů. Extrahujeme pouze cizí tělesa, která jsou přístupná zrakové kontrole, extrakce hlubokých těles bývá neúspěšná a může způsobit iatrogenní postižení intraorbitálních tkání. Organický materiál vede často k výrazné zánětlivé reakci. Při prudkém úderu oblého předmětu na vchod očníce dochází k výraznému vzestupu intraorbitálního tlaku a zlomenině některé z tenkých stěn, nejčastěji spodiny nebo mediální stěny. Hydraulická zlomenina (blow-out) spodiny očníce může být spojena s inkarcerací nejen retrobulbárního tuku, ale i dolního přímého případně i dolního šikmého svalu s následným omezením hybnosti oka při pohledu nahoru a dolů, s vertikální diplopií a pozitivním testem pasivní dukce. To je indikací k chirurgickému řešení. Pacienty s poraněními očníce zajišťujeme systémovými ATB.

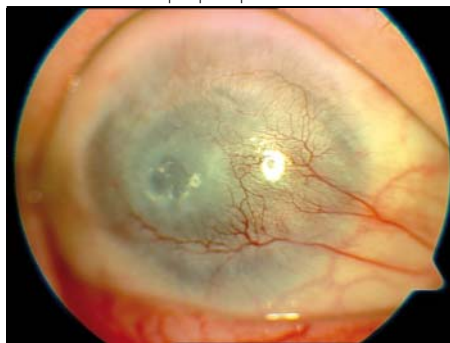
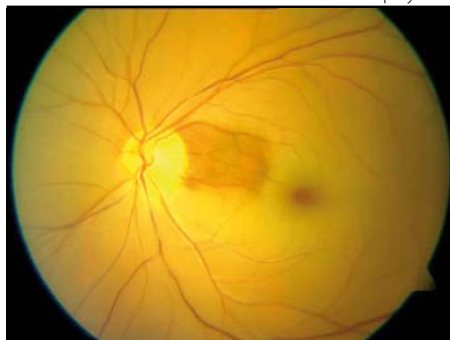
Poranění víček vznikají jak při tupých, tak i penetrujících poraněních a patří výlučně do rukou oftalmologa, pokud se jedná a) o hluboké rány s prolapsem intraorbitálních tkání, b) o poranění zasahující okraje víček, kdy je nezbytné provést suturu po vrstvách s pečlivou adaptací okrajů nejen kůže, svalů, ale i vazivové tarzální ploténky a c) o poranění vnitřní části víček, kde mohou být postiženy slzné cesty, které je nutno již při primárním ošetření zajistit zavedením silikonové kanyly, a tím vyloučit pozdní neprůchodnost a slzení. Vždy je nutno pamatovat na pečlivou hemostázu a zamezit tak pooperačnímu krvácení zejména po resekcích tkání a při porušení orbitálního septa. Vzniklý retrobulbární hematoma ohrožuje kompresi zrakový nerv s následnou slepotou.

Obrázek 2. Eroze rohovky



Neperetrující poranění oka zahrnují poranění spojivky, povrchní poranění rohovky, tupý úraz oka (kontuze) a chemická a fyzikální postižení. Následkem tupého poranění může na spojivce vzniknout otok, podspojivkové krvácení, emfyzém nebo lacerace, mohou být přítomna cizí tělesa. Nutné je vyloučit hlubší poranění, například rupturu bulbu nebo přítomnost cizího tělesa, povrchová cizí tělesa extrahovat a větší laceraci sešít, profylakticky podat ATB. Poranění rohovky zhoršují zrakovou ostrost, způsobují řezavou bolest, slzení, světloplachost a zarudnutí oka. Zahrnují eroze (nehtem, papírem, rostlinou) a přítomnost cizích tělísek (kovová při broušení, větrem) (obrázek 2). Cizí tělíska odstraníme štetíčkou nebo kopíčkem včetně lemu rzi na šterbinové lampě, podáme ATB mast, oko sterilně zalepíme a následující den zkontrolujeme. Kontuze bulbu je způsobena přímým kontaktem tupého předmětu s okem (pěst, míček), kdy dochází k náhlému zkrácení a následnému prodloužení bulbu, nebo nepřímo, kdy jsou úrazové vlny vedeny nepřímo extraokulárními tkáněmi. Postižen může být přední i zadní segment oka, přičemž rozsah postižení nemusí být znám bezprostředně po úrazu a některé závažné komplikace se mohou projevit i později (katarakta, glaukom, odchlípení sítnice). Kromě erozí rohovky a spojivky je nejčastěji přítomno krvácení: pod spojivku, do přední komory (s akutní elevací nitroočního tlaku), do sklivcové dutiny, do sítnice a do cévnatky. Poškození duhovky zahrnuje její trhliny při okraji zornice nebo odtržení od kořene, plegii zornice, poruchu akomodace a refrakce. Čočka může být decentrována nebo dislokována. Na sítnici může být přítomný otok, vzniknout trhliny, u těžkých kontuzí je přítomna ruptura cévnatky. Pacienti s kontuzí oka jistě patří do rukou oftalmologa, který je zodpovědný za adekvátní léčbu zjištěných postižení.

Při poleptání oka je nezbytné promptně odstranit veškeré pevné částice škodliviny z povrchu oka a ze spojivkového vaku při everzi ví-

Obrázek 3. Stav po poleptání oka**Obrázek 4.** Okluze centrální sítnicové tepny

ček a mohutným výplachem vodou maximálně snížit její koncentraci. Neaplikovat masti, oko sterilně zalepit a pacienta odeslat k oftalmologovi. Ten stanoví rozsah postižení, který je závislý na koncentraci chemikálie, délce jejího působení, velikosti plochy kontaktu, hloubce penetrace (zásady působí kolikvačnickou nekrózu a pronikají hlouběji než kyseliny, které způsobují koagulační nekrózu) a přítomnost ischemie oblasti hranice mezi rohovkou a bělímou (tzv. limbu). Tam se nacházejí kmenové buňky, které jsou nezbytné pro regeneraci povrchového epitelu oka. U méně závažných stavů, kdy je postižení pouze povrchové, se dříve nebo později kompletně obnoví povrchové struktury oka. U závažnějších poleptání je poškozen nejen epitel, ale i stroma a endotel rohovky a v důsledku rozsáhlé limbální ischemie větší než 1/3 obvodu se defekty hojí fibrovaskulární tkání se ztrátou průhlednosti rohovky, u těch nejzávažnějších pak přetrvávají nehojící se defekty, které mohou progredovat do vředů a vést k perforaci (obrázek 3). Kromě toho dochází k obtížně zvladatelnému jizvení povrchových tkání s obturací vývodů slzných a mazových žlázek a rozvojem závažného syndromu suchého oka. Při průniku škodliviny do přední komory a poškození duhovky se rozvíjí nitrooční zánět, sekundární glaukom a katarakta, postižení řasnatého tělesa vede k hypotonii bulbu s následnou atrofií, tzv. ftízou. Hlavním cílem léčby je zhojení povrchového epitelu rohovky a spojivky (aplikace kontaktní čočky, místní ATB, umělé slzy), potlačení zánětlivé reakce (steroidy)

a podpora reparativních procesů (kyselina askorbová). Chirurgicky odstraňujeme nekrotické tkáň, srůsty (symblectra), transplantujeme amniovou membránu, limbální kmenové buňky nebo rohovku.

Penetrující poranění oka vznikají u dětí při hrách, u dospělých pak v zaměstnání a u kutilů (použití ostrých předmětů, práce kov na kov), ale také při dopravních nehodách. Přítomnost cizího nitroočního tělíska je uváděna v rozmezí 20 až 40 %. Při podezření na penetrující poranění oka (anamnestické údaje, pokles zraku; viditelná rána rohovky nebo bělímou případně s prolapsením nitroočních tkání, krvácení: podspojivkové nebo do přední komory, decentrace zornice; hypotonie bulbu při šetrné palpacii) lékař – neoftalmolog oko sterilně zalepí a odešle pacienta k oftalmologovi. Oftalmolog zahájí celkovou a podpůrnou léčbu (podání ATB celkově i místně, profylaxe tetanu, i.v. nebo i.m. podání sedativ, analgetik, případně antiemetik a příprava na celkovou narkózu). Cílem chirurgické léčby je revize rány s odstraněním cizího materiálu, nekrotických a prolabujících tkání a vodotěsné uzavření penetrace. Cizí tělesa odstraňujeme primárně, nebo i v druhé době, zejména pokud jsou lokalizována v zadním očním segmentu. Hlavními komplikacemi penetrujících poranění jsou endoftalmitida, katarakta, glaukom, odchlípení sítnice a toxické postižení sítnice při ponechání metalických těles.

Glaukomový záchvat je urgentním stavem v oftalmologii a není-li včas diagnostikován a efektivně léčen (platí zásada, že nad glaukomovým záchvatem by nemělo zapadnout slunce), vede ke slepotě. Vyznačuje se dramatickými projevy v podobě krutých bolestí oka s jeho zarudnutím a výrazným poklesem až ztrátou zraku při edému rohovky, hemikranií a vegetativním doprovodem v podobě nevolnosti a zvracení. Lékař může při prvním kontaktu s pacientem, vzhledem k výrazným celkovým obtížím, pomyslet spíše na migrénu, náhlou příhodu břišní, nebo akutní sinusitidu. Příčinou glaukomového záchvatu je enormní zvýšení nitroočního tlaku na troj- i čtyřnásobek normálního nitroočního tlaku (12 až 21 mmHg) v důsledku blokády odtoku nitrooční tekutiny v komorovém úhlu kořenem duhovky při uzavěru zornice čočkou. K tomu dochází zejména u anatomicky predisponovaných očí s malou axiální délkou oka při vysoké dalekozrakosti a u starších pacientů s progresujícím šedým zákallem. Glaukomovému záchvatu mohou předcházet i prodromy, u kterých nejsou subjektivní obtíže tak výrazné, typická je tzv. irizace, kdy pacient vnímá barevné kruhy kolem

světél. Při glaukomovém záchvatu je nezbytné neodkladně snížit nitrooční tlak uvolněním odtokových cest parasympatomimetiky a snížením tvorby nitrooční tekutiny β -blokátory a acetazolamidem nebo vyvoláním osmotické diurézy podáním hyperosmotických látek. Jako prevenci glaukomového záchvatu vytvoříme umělou cestu odtoku v duhovce laserem (tzv. laserovou iridotomií), v indikovaných případech provedeme operaci šedého zákalu.

Okluze centrální sítnicové tepny je akutní cévní příhoda způsobená embolizací z karotidy nebo ze srdce. Další možnou příčinou je obliterace cévy způsobená aterosklerózou arteriální stěny nebo jejím zánětem. Rizikové faktory jsou arteriální hypertenze, která se vyskytuje u 2/3 pacientů, diabetes mellitus, onemocnění srdečních chlopní, užívání hormonální antikoncepce či hyperviskózní stavy.

Onemocnění se projevuje akutní, bezbolestnou a výraznou ztrátou zraku. V klinickém obraze je na oku patrná porucha zornicové reakce, na sítnici známky její ischemie (obrázek 4). Kromě základního očního vyšetření je nutné provést interní vyšetření, EKG srdce, UZ karotid a vyšetření krevního obrazu a biochemie krve. V individuálních případech je vhodné doplnit UZ srdce, vyloučit koagulopatie a odebrat krev na hemokultury.

Léčba okluze centrální sítnicové tepny má za cíl posunout embolus maximálně do periferie a tím zlepšit prokrvení co největší části sítnice. V rámci první pomoci se provádí opakované masáže bulbu ke snížení intraokulárního tlaku a zvýšení průtoku krve. Kvůli snížení nitroočního tlaku se podávají lokálně antiglaukomatika, celkově acetazolamid a manitol. Pokud se nedaří nitrooční tlak snížit, provádí se paracentéza přední komory s odpuštěním malého množství komorové tekutiny. V další fázi léčby se podávají vazodilatační infúze. Největší šanci na zlepšení zraku má léčba zahájená do prvních 2 hodin po vzniku okluze.

Okluze centrální sítnicové žíly je druhým nejčastějším cévním sítnicovým onemocněním. Jako příčina se předpokládá útlak žilní stěny na terci zrakového nervu nebo v místě arteriovenózního křížení. Mezi hlavní rizikové faktory se řadí arteriální hypertenze, diabetes mellitus a dyslipidemie. Hlavní komplikací žilní sítnicové okluze je makulární edém. Onemocnění se projevuje bezbolestným, progresivním a akutním zhoršením zraku, jehož závažnost závisí na rozsahu postižené sítnice. V klinickém obraze dominují změny z překrvení a ischemie sítnice (obrázek 5). K zjištění onemocnění a je-

ho rizikových faktorů se provádí kromě očního vyšetření také interní vyšetření a u pacientů mladších 50 let nebo u pacientů bez celkových rizikových faktorů hematologické vyšetření jako screening trombofilních poruch.

Léčba se soustředí na dva hlavní cíle: ovlivnění rizikových faktorů a zvládnutí komplikací, které ohrožují zrak. Současné možnosti léčby makulárního edému zahrnují intravitreální aplikaci kortikosteroidů a léků proti vaskulárnímu endotelovému růstovému faktoru (VEGF) a laserové ošetření sítnice. Při zjištění trombofilních poruch se provádí ve spolupráci s hematologem antikoagulační léčba.

Amoce sítnice je odchlípení neuroretiny od pigmentového epitelu sítnice s narušením výživy smyslové části sítnice. Dělí se na primární (rhegmatogenní) a sekundární, mezi které patří trakční a exsudativní odchlípení sítnice. Většina odchlípení sítnice jsou primární a vznikají v důsledku vytvořené trhliny či díry v sítnici, která umožní průnik nitrooční tekutiny pod sítnici a její následnou elevaci s porušením výživy smyslové části sítnice. Mezi příznaky patří záblesky před okem nebo krvácení do sklivcové dutiny, které pacient vnímá jako padající tečky či saze. Při postupném odchlípení sítnice pacient vnímá zvětšující se stín, který roste se zvětšující se plochou odchlípené sítnice. Postihne-li odchlípení makulu, výrazně klesá centrální zraková ostrost. Při odchlípení celé sítnice nastává slepota, která je po určité době ireverzibilní.

V případě zjištěné trhliny či díry sítnice před vznikem amoce sítnice lze s velkou úspěšností řešit stav laserovou baráží trhliny, resp. díry, nebo provedením kryoretinopexie (obrázek 6). Pokud vznikne amoce sítnice je řešením episklerální plombáž, která spočívá v indentaci skléry a cévnatky tlakem plomby, čímž je dosaženo přiblížení pigmentového epitelu a neurosenzorické části sítnice. Trvalé uzavření trhliny, resp. díry sítnice je navazeno následnou kryoretinopexí, při které se okraje trhliny sítnice zmrazí, což vyvolá tvorbu chorioretinální jizvy. Jinou možností řešení odchlípené sítnice je pars plana vitrektomie, při které je odstraněn sklivec, uvolněny všechny případné vitreoretinální trakce, laserem nebo kryoretinopexí ošetřeny trhliny sítnice a sítnice je přiložena pomocí vnitřní tamponády. Prostředky použité k vnitřní tamponádě mohou působit několik dní (vzduch) nebo týdnů než se vstřebají (expanzivní plyny). Jiné je třeba vypustit z oka další operací po několika měsících

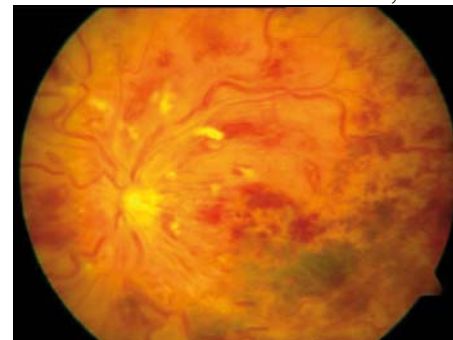
(silikonový olej). U některých rizikových pacientů se vnitřní tamponáda silikonovým olejem nechává trvale.

Akutní neuritida je zánět zrakového nervu, lokalizován častěji za okem, méně často v oblasti optického disku. Postihuje častěji ženy do 40 let věku. Nejčastější příčinou je autoimunitní reakce. U pacientů po atace akutní neuritidy se v 35–75 % vyvine roztroušená skleróza mozkomíšní (RSM). Pravděpodobnost souvislosti akutní neuritidy a RSM se zvyšuje při opakování ataky akutní neuritidy. Onemocnění se projevuje retrobulbární bolestí při pohybu oka, poruchou barevného vidění a zhoršením zraku různého stupně. Na očním pozadí nemusí být v akutní fázi žádná změna při retrobulbární neuritidě nebo je patrná prosáklá, překrvená edematózní papila při intraokulární neuritidě. V pozdější době vzniká atrofie terče zrakového nervu. Vždy je nutné indikovat neurologické vyšetření a magnetickou rezonanci k vyloučení RSM. Léčba je závislá na tíži ztráty zraku. V případě mírného poklesu se doporučuje klidový režim a léčba vitamíny, při výrazném poklesu zraku se doporučuje intravenózní aplikace kortikosteroidů. U části pacientů zjišťujeme spontánní zlepšení zraku až na původní úroveň, především pokud se jedná o první ataku onemocnění. Léčba kortikosteroidy urychluje restituci zrakových funkcí a oddaluje a snižuje riziko rozvoje RSM do 2 let.

Přední ischemická neuropatie optiku (AION) je cévní ischemická příhoda postihující optický nerv na podkladě poruchy perfuze v oblasti zadních ciliárních arterií. Vede k náhlému, jednostrannému, bezbolestnému a permanentnímu poklesu zraku. Na sítnici je patrný bledý, ischemický edém terče zrakového nervu doprovázený hemoragiemi a vatovitými ložisky. Onemocnění se vyskytuje ve dvou formách. Častější aterosklerotická forma postihuje lidi kolem 45–50 let. Souvisí s přítomnou arteriální hypertenzí, arteriosklerózou, poruchou metabolismu lipidů a cukrovkou. V léčbě se doporučuje úprava přidružených interních onemocnění, kauzální léčba neexistuje. V některých případech se s úspěchem provádí dekompenzace pochev zrakového nervu.

Méně častá artritická forma postihuje starší lidi kolem 70 let věku. Je spojena s temporální arteritidou. Kromě očních projevů jsou přítomny i celkové projevy (únavnost, subfebrilie, nechutenství) a bolest a zduření stejnostranné temporální arterie. Typické jsou vysoké hodnoty FW

Obrázek 5. Okluze centrální sítnicové žíly



Obrázek 6. Ošetření trhliny sítnice baráží laserem



a CRP. V léčbě se podávají dlouhodobě celkové kortikosteroidy. Diagnóza se potvrdí histologicky po biopsii části temporální arterie.

Literatura

1. Boguszáková J, Pitrová Š, Růžicková E. Akutní stavy v oftalmologii. První vydání. Praha. Galén: 2006: 116.
2. Kraus H, a kol. Kompendium očního lékařství. První vydání. Praha. Grada Publishing, spol. s r.o.: 1997: 360.
3. Kuchyňka P, a kol. Oční lékařství. První vydání. Praha, Grada Publishing a.s.: 2007: 812.
4. Sachsenweger M, Sachsenweger R. Naléhavé stavy v oftalmologii. První české vydání. Vydavatelství Osveta, spol. s r.o., 1998: 139.

Článek přijat redakcí: 11. 3. 2013

Článek přijat k publikaci: 20. 5. 2013

MUDr. Jan Studnička, Ph.D.

Oční klinika FN a LF UK Hradec Králové
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové
jan.studnicka@fnhk.cz

