

## Temat: **Nietypowy zakrzep żyły środkowej siatkówki? Implikacje diagnostyczne.**

Autorzy: lek. med. Joanna Bogusławska, lek. med. Agnieszka Rafalska, lek. med. Natalia Lewczuk, dr n. med. Maria Pomorska, lek. med. Iwona Helemejko, dr n. med. Anna Turno-Kręcicka  
Afilacja: *Klinika Okulistyki Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu*  
Kierownik Kliniki: *prof. Marta Misiuk-Hojło*

55 letni pacjent, z jaskrą pierwotnie otwartego kąta obu oczu, po sklerektomii głębokiej nieperforującej z mitomicyną i HealaFlow oka prawego z hiperfiltracją w okresie pooperacyjnym wymagającą kilkukrotnego doszywania płatk twardówki oraz makulopatią hypotoniczną oka prawego, po CPC oka lewego oraz przebyłym epizodzie zapalenia części pośredniej błony naczyniowej oka lewego zgłosił się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu ze skierowaniem od okulisty z podejrzeniem zakrzepu żyły środkowej siatkówki oka lewego celem konsultacji.

Pacjent zgłaszał pogorszenie ostrości widzenia oka lewego - najlepsza skorygowana ostrość wzroku do dali wynosiła 0,2 (Sn), do bliży D-2,25/30cm (Sn). Oceniono widzenie barwne na tablicach Ishihary: OP 13/13, OL: 1/13 (tablica testowa). W konfrontacyjnej ocenie widzenia barw podstawowych pacjent podawał ciemniejsze widzenie okiem lewym. Ciśnienie wewnątrzgałkowe wynosiło odpowiednio 17,0mmHg w oku prawym i 12,0mmHg w oku lewym w pomiarze aplanacyjnym. W badaniu w lampie szczelinowej w oku lewym stwierdzono niewielkie cechy stanu zapalnego. Oftalmoskopowo zatarcie granic i uniesienie brzegu tarczy nerwu wzrokowego w sektorze dolnym i dolno-nosowym, obwodowo widoczne były rozsiane drobne krwotoczki śródsiatkówkowe oraz objęcie procesem zapalnym naczyń. W komorze ciała szklistego uwidoczniło się zagęszczenia i kule śnieżne od dołu. Nie stwierdzono cech makulopatii obrzękowej. Oko prawe – pełna maksymalna skorygowana ostrość wzroku do dali i do bliży. W badaniu subtelnie zarysowane cechy wcześniej opisywanej makulopatii hypotonicznej bez innych patologii.

W wykonanych badaniach dodatkowych: OCT RNFL - obrzęk tarczy nerwu wzrokowego oka lewego, w oku prawym bez odchyłań. OCT płamek - prawidłowa grubość i układ warstw siatkówki centralnej oraz morfologia dołeczka oka lewego. W oku prawym subtelne cechy makulopatii hypotonicznej.

W trybie ostrodyżurowym wykonano TK mózgowia – bez odchyłań – oraz wykonano zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej, w którym ujawniono poszerzenie wnęk obu płuc o policyklicznych zarysach z podejrzeniem węzłowego charakteru patologii. Zmiany nie wykazywały progresji w stosunku do badania sprzed pięciu miesięcy wykonanego w trakcie diagnostyki pierwszego epizodu zapalenia błony naczyniowej.

Diagnostyka pierwszego epizodu zapalenia błony naczyniowej obejmowała wykonanie podstawowych badań laboratoryjnych, ocenę poziomu ACE oraz quantiferon-test – wyniki bez odchyłań od normy. W trakcie dalszego postępowania diagnostycznego skierowano pacjenta do Oddziału Chorób Płuc celem diagnostyki w kierunku sarkoidozy. Wykonano m.in. bronchofiberoskopię z czterokrotnym BAC z węzłów podostrogowych oraz pobrano popłuczyny z drzewa oskrzelowego. W badaniu histopatologicznym pobrany materiał oceniono jako „obraz ziarniniakowego zapalenia z obecnością pojedynczych komórek olbrzymich wielojądrzastych” i rozpoznano sarkoidozę węzłów chłonnych. Pacjent pozostawał pod opieką Poradni Sarkoidozy przy Dolnośląskim Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu. Nie wymagał leczenia pulmonologicznego.

W związku z powyższym, jako przyczynę dolegliwości pacjenta uznano patologię nerwu wzrokowego z najbardziej prawdopodobną etiologią sarkoidozy. Pacjent został hospitalizowany na Oddziale Okulistyki. Po wykluczeniu przeciwwskazań do sterydoterapii ogólnej włączono Solu Medrol w dawce 500mg 2xdziennie. Z powodu złej tolerancji leku w drugim dniu terapii odstawiono Solu Medrol i włączono Encorton w dawce 70mg/dobę z planowaną redukcją dawki co tydzień o 10mg do dawki podtrzymującej równej 20mg na dobę. Po włączeniu sterydoterapii obserwowano poprawę ostrości widzenia oka lewego. W trakcie hospitalizacji wykonano MRI oczodołów, w którym ujawniono w oku lewym pogrubienie nerwu wzrokowego o nierównych i zatartych obrysach z intensywnym wzmocnieniem kontrastowym przemawiającym za zapaleniem nerwu

wzrokowego. Obecnie pacjent pozostaje pod opieką Przyklinicznej Poradni Okulistycznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu. Utrzymano dawkę podtrzymującą Encortonu 5mg/dobę. Najlepsza skorygowana ostrość wzroku oka prawego do dali wynosi 0,5 (Sn) – zaćma podtorebkowa tylna –, do bliży D-0,5/30cm (Sn) a dla oka lewego do dali 0,9 (Sn),

do bliży D-0,5/30cm. Ocena na tablicach Ishihary OPL 13/13, ocena barw podstawowych – prawidłowa.

W badaniu OCT RNFL w oku lewym grubość włókien nerwowych okołotarczowych w sektorze górno-nosowym i górno-skroniowym poniżej normy, w pozostałym obszarze grubość włókien o wartościach granicznych. W oku prawym wynik w granicach normy. W polu widzenia oka lewego mroczek altitudinalny w dolnej hemisferze. Wynik dla oka prawego w granicach normy. W badaniu elektrofizjologicznym pVEP ujawniono obniżenie amplitudy fali P100 z prawidłową latencją i poprawą odpowiedzi w oku lewym w stosunku do badania z czasu hospitalizacji. Wynik dla oka prawego w granicach normy. Oftalmoskopowo w oku lewym bez cech aktywnego stanu zapalnego. Na dnie oka lewego zwraca uwagę morfologia tarczy nerwu wzrokowego – blado-szara o wyraźnych granicach, w poziomie dna oka. Ponadto bez odchyłań w badaniu dna oka.

W oku prawym pojawienie się zaćmy podtorebkowej tylnej odpowiada za pogorszenie maksymalnej skorygowanej ostrości widzenia do dali, w pozostałym zakresie bez zmian w badaniu oftalmoskopowym.

Pacjent, w związku z zalecaną wczesną kontrolą MR, oczekuje badania obrazowego oczodołów. Obecnie stan stabilny.