

(17)

Nagłe zaniewidzenie u 11-letniego chłopca w przebiegu ostrej białaczki limfoblastycznej

Sudden blindness of 11-year old boy in the course of acute lymphoblastic leukemia

**Dorota Pojda-Wilczek¹, Ewa Herba¹,
Barbara Zatorska¹, Wojciech Jędrzejewski¹,
Stefan M. Pojda¹, Anna Janik-Moszant², Halina Bubata²**

¹ Z Katedry i Oddziału Klinicznego Okulistyki Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, Szpital Specjalistyczny nr 1 w Bytomiu
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Stefan M. Pojda

² Z Katedry i Kliniki Hematologii Dziecięcej i Chemioterapii Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, Szpital Specjalistyczny nr 1 w Bytomiu
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Danuta Sońta-Jakimczyk

Summary: Purpose: The aim of this study is to present dramatic ocular manifestation of acute lymphoblastic leukemia. Material and methods: the 11 years old boy was hospitalized due to acute leukemia at the Department and Clinic of Pediatric Hematology, and was referred to ophthalmic examination because of sudden blindness of the right eye. General ophthalmic examination and electrophysiological tests were done. Results: No light perception of right eye, and markedly reduced visual evoked responses were caused by infiltration with great edema in optic nerve and its surrounding of retina. In spite of the fact, that the infiltrations disappeared after general therapy, the vision did not recover at all. Conclusions: Even intensive treatment may be ineffective in blindness prevention in severe course of acute leukemia.

Słowa kluczowe: ostra białaczka limfatyczna, objawy okulistyczne.

Key words: acute lymphoblastic leukemia, ocular signs.

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie pacjenta, u którego doszło do nagłego zaniewidzenia z powodu zajęcia nerwu wzrokowego w przebiegu ostrej białaczki.

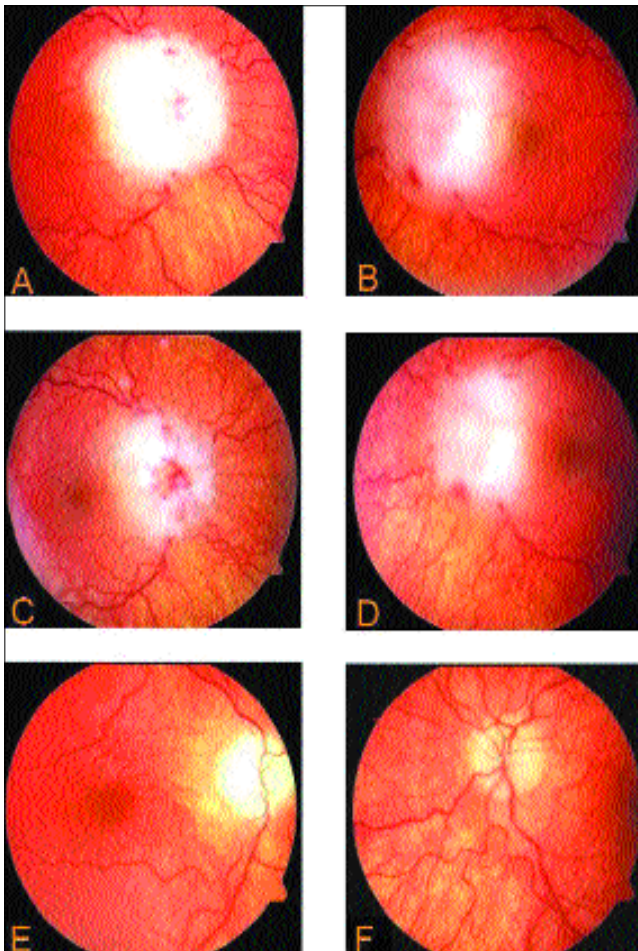
Metody

Wykonano badania okulistyczne: ostrość wzroku do dali za pomocą tablic Snellena, badanie widzenia kontrastu testem CSV-1000 (Oculus), statyczne pole widzenia perymetrem komputerowym (Tübingen Automatic Perimeter, Oculus), kinetyczne pole widzenia perymetrem kulistym, badanie ciśnienia wewnątrzgałkowego tonometrem impresyjnym (Schiötz), ocenę przedniego i tylnego odcinka gałek ocznych za pomocą lampy szczelinowej i wziernikowania bezpośredniego i pośredniego, fotografię dna oczu, badania elektrofizjologiczne (wzrokowe potencjały wywołane wzorcem i błyskiem – PVEP, FVEP, błyskową całopolową elektroretinografię – FERG, elektrookulografię – EOG). Używano aparatu elektrofizjologicznego firmy LKC (USA) i programu UTAS E-2000, badano według standardów międzynarodowych (ISCEV). Kolejne kontrolne badania przeprowadzono po tygodniu oraz po 3 i 6 miesiącach od pierwszego.

Opis pacjenta

Chłopiec, lat 11, został przyjęty do Kliniki Hematologii Dziecięcej i Chemioterapii ŚAM z powodu narastającego od 7 dni

ogólnego osłabienia i objawów skazy krwotocznej (wylewy dospójówkowe, wybroczyny i rozległe sińce). Na podstawie obrazu klinicznego (uogólnione powiększenie węzłów chłonnych, *hepatosplenomegalia*, nasilona skaza krwotoczna, guz śródpiersia) i wyników badań dodatkowych (leukocyty – $36,5 \times 10^9/l$, płytki – $62 \times 10^9/l$, 94% blastów w rozmazie, bardzo bogatokomórkowy, monotony obraz szpiku złożony z blastów linii T-komórkowej) rozpoznano ostrą białaczkę limfoblastyczną. Z uwagi na hiperleukocytozę zakwalifikowano chłopca do grupy wysokiego ryzyka i programu leczenia według protokołu New York. Wstępne leczenie z uwagi na narastające objawy niewydolności nerek prowadzone było pod osłoną hemodializ. Remisję uzyskano po 30 dniach. Po 5 miesiącach rozpoczęto leczenie podtrzymujące. W 7. miesiącu tego leczenia, w rok po rozpoczęciu chemioterapii, chłopiec zaczął skarżyć się na narastające zaburzenia widzenia, początkowo prawego, a następnie lewego oka. Wykonany mielogram oraz badanie płynu mózgowo-rdzeniowego pozwoliły na wykluczenie nawrotu szpikowego oraz oponowego, a rezonans magnetyczny głowy i oczodołów z kontrastem – mózgowego. Po 5 dniach od pogorszenia ostrości wzroku chłopiec został skierowany do naszej kliniki w celu konsultacji okulistycznej. Stwierdzono brak poczucia światła w prawym oku, a w lewym ostrość wzroku równą 5/8. Żrenica prawego oka wykazywała tylko pośrednią reakcję na światło, a lewego oka –



Ryc. 1. Dynamika zmian okolicy tarczy nerwu wzrokowego w ostrej białaczce limfoblastycznej ośrodkowego układu nerwowego.

Fig. 1. The evolution of changes in optic disc region in course of acute lymphoblastic leukemia of central nervous system.

tylko bezpośrednią. Na dzień oczu tarczy obu nerwów wzrokowych pokryte były szarobiałym naciekiem, zacierającym ich strukturę, nacieki przechodziły na otaczającą siatkówkę, zajmując obszar wielkości około 2-3 średnic tarczy. W lewym oku nacieki dochodził do plamki, naczynia były wąskie, refleksy plamkowe osłabione (ryc. 1A, 1B).

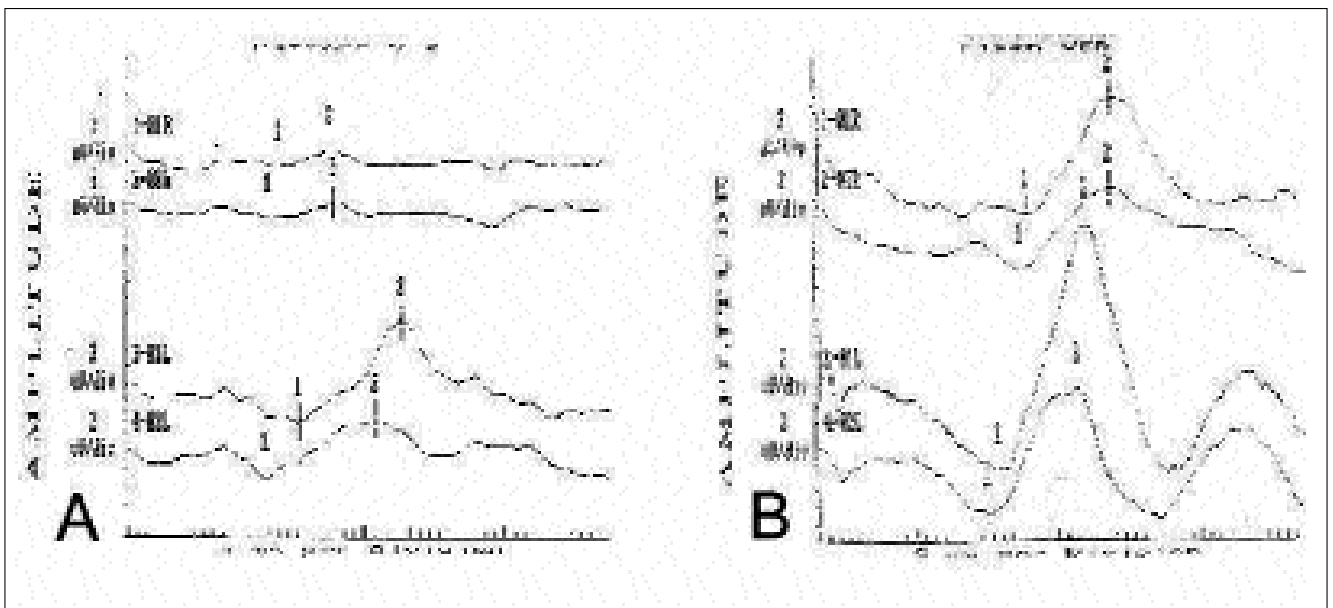
Granice obwodowego pola widzenia lewego oka mieściły się w normie, w rejonie centralnym ujawniono mroczek bezwzględny o wielkości 10-15 stopni, łączący się z plamą ślepą. Uzyskano śladową odpowiedź PVEP z prawego oka, z lewego amplituda P_{100} rejestrowana z lewej półkuli była prawidłowa, z prawej półkuli obniżona do 50%, latencje P_{100} były wydłużone z lewej półkuli do 140%, z prawej do 130% (ryc. 2A).

W FVEP z prawego oka amplitudy P_1 były obniżone do ok. 25% z prawej półkuli i 50% z lewej półkuli mózgu, a latencje P_1 – wydłużone do 150% normy. Z lewego oka amplituda P_1 z lewej półkuli mózgu była prawidłowa, z prawej obniżona do ok. 50% normy, latencja P_1 – w normie (ryc. 2B). FERG był w normie, jednakowy z obojga oczu.

Przeprowadzono terapię przeciwzapalną sterydami (ogólnie methylprednisolon dożylnie, a następnie prednison doustnie, miejscowo wstrzyknięcia okołogałkowe Dexavenu) oraz kontynuowano leczenie choroby podstawowej według protokołu New York. Zlecono konsultacje laryngologiczną i stomatologiczną w celu wykluczenia ognisk zapalnych.

Kontrolne badanie w tydzień później wykazało utrzymujące się niewidzenie okiem prawym oraz poprawę ostrości wzroku oka lewego do 5/5. Na dzień obojga oczu stwierdzono mniejszy naciek i obrzęk tarczy nerwu wzrokowego, granice jej pozostały jednak nadal zatarte, choć przebieg naczyń można było prześledzić aż do wnęk (ryc. 1C i 1D).

Po 3 miesiącach terapii nie uzyskano poprawy ostrości wzroku prawego oka, przy pełnej ostrości lewego oka. Na dzień prawego oka widoczna była kredowobiała tarcza nerwu wzrokowego o zatartych granicach oraz wąskie, o krętym przebiegu naczynia krwionośne (ryc. 1E).



Ryc. 2. Wzrokowe potencjały wywołane wzorcem (pattern VEP) i błyskami (flash VEP). 01 – lewa półkula mózgu, 02 – prawa półkula mózgu; R – prawe oko, L – lewe oko.

Fig. 2. Visual evoked potentials pattern and flash. 01 – left brain hemisphere, 02 – right brain hemisphere. R – right eye, L – left eye.

Na dnie lewego oka tarcza była wyraźniej widoczna niż przy poprzednich badaniach, blada, o nieznacznie zatartych granicach, naczynia krwionośne były wąskie (ryc. 1F).

Po kolejnych 3 miesiącach stan okulistyczny się nie zmienił. Chemioterapia z dokanałowo podawanymi cytostatykami jest kontynuowana. Obecnie pacjent jest w stanie remisji hematologicznej.

Omówienie

W ostrej białaczce limfoblastycznej nacieczenia mogą występować w układzie kostno-stawowym, nerwowym i w innych narządach (skóra, gruczoły, płuca, serce, nerki) (2). Na tarczy nerwu wzrokowego przejrzyste lub białe masy nacieku mogą imitować obrzęk tarczy. Tarcza nerwu wzrokowego może być obrzęknięta zwykle z powodu nacieku pochewek nerwu, rzadziej wskutek wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego (1). Nacieki pozagałkowe nerwu wzrokowego prowadzić mogą do utraty widzenia. Analiza FVEP

umożliwia określenie rozległości zmian. U opisywanego pacjenta obniżenie amplitudy P₁ FVEP z obojga oczu, przede wszystkim z prawej półkuli, i prawidłowy FERG wskazywały na wtórne do nacieków w ośrodkowym układzie nerwowym zajęcie nerwu wzrokowego.

Wniosek

W ostrej białaczce o ciężkim przebiegu nawet intensywne leczenie może nie zapobiec ślepotcie.

PIŚMIENNICTWO: 1. Mazur-Sokołowska J.: *Objawy oczne w chorobach układowych*. [W:] Okulistyka współczesna, red. Witold Orłowski, PZWL, Warszawa, 1986, wyd. II, t. II, rozdz. 20, 445-446.
2. Sońta-Jakimczyk D.: *Pediatric. Choroby układu krwiotwórczego*. Śląska Akademia Medyczna, Katowice, 1995, t. II, str. 31-51.

Praca wpłynęła do Redakcji 21.07.2003 r. (293).

Adres do korespondencji (Reprint requests to):
dr n. med. Dorota Pojda-Wilczek
Katedra i Oddział Kliniczny Okulistyki
ul. Żeromskiego 7
41-902 Bytom

Jelfa 1/2 czb
Opis preparatu
gotowa