

DISKUSNÍ FÓRUM

Diskuse ke kazuistice:

**Okluzia horní žíly očnice – autorů: Káčerik M., Alexík M., Lipková B.
Čes a slov. Oftal., 65, 2009, No. 4, s. 147-149**

V čísle 4/2009 našeho časopisu vyšla zajímavá kazuistika, kdy okluze horní orbitální žíly způsobila ztrátu vizu jednoho oka. Některé údaje jsou ale nedostatečné jiné vedou k pochybám o skutečné příčině.

Pacientka měla podle popisu příznaky syndromu hrotu očnice s paraaxiální protruzí (zřejmě s dislokací a ne udávanou deviací bulbu temporálně dolů). Byla popisována lehká bolestivost a pseudozánětlivé příznaky. Sonograficky, CT i MR byla potvrzena trombóza horní orbitální žíly, která vysvětluje další nález na oku (okluzi centrální retinální vény, rubeózu, vysoký NOT). Laboratorně byly zjištěny zvýšené hodnoty fibrin degračních produktů a současně nízké známky zánětu. Klinicky nebyl prokázán zánět paranazálních dutin.

Zánětlivou etiologii lze díky provedeným vyšetřením vyloučit. Primární izolovaná trombóza horní orbitální žíly jako spouštěcí mechanismus syndromu hrotu očnice je snad teoreticky možná, ale bez vyvolávající příčiny těžko myslitelná. Domnívám se, že primární musela být blokáda, oblenění toku v horní orbitální žíle a trombóza této cévy byla až sekundární. Z dokumentace není zcela jasné, zda a jak byly další teoreticky možné příčiny popisovaného stavu vyloučeny.

Horní orbitální žíla jde v retrobulbárním prostoru nad optikem a pod horní svalovou

skupinou a směrem k hrotu se postupně přesunuje z mediální části očnice do laterální. Na publikovaných axiálních CT i MR snímcích je patrna dilatovaná žíla, která za bulbem téměř kolmo kříží osu očnice, ale pod ní je patrný široký pruh tkáně v místech, kde by měl být „pouze“ n. opticus. Přesnější určení

anatomických poměrů bylo jistě patrné na koronárních řezech – jaké byly???

Vzhledem k současné mírné bolestivosti tedy nelze vyloučit syndrom bolestivé oftalmoplegie (Tolosa Hunt sy). Tuto diagnózu by podporoval pozitivní efekt kortikoterapie. Z textu ale není jasné, jak rychlá byla úprava a jaký byl vývoj jednotlivých příznaků v čase. Velká protruze (10 mm) ovšem není pro syndrom bolestivé oftalmoplegie typická.

2. Je deklarováno, že byla vyloučena c-c píštěl, ale není řečeno jak???. Z klinického obrazu by jistě neunikla pozornosti přímá píštěl. Ale vzhledem k věku pacientky mohla vzniknout píštěl nepřímá – durální i bez traumatické anamnézy. Tuto bez angiografie bezpečně vyloučit nelze. Nepřímá c-c píštěl nemusí mít dramatické příznaky a po jejím spontánním uzavření už ani angiografie nemusí přinést kladný výsledek. V diagnóze může pomoci i vyšetření citlivosti n. V (1. a 2.větve) a klinický průběh úpravy hybnosti bulbu. To z kazuistiky není patrné.

3. Pacientka byla léčena pro hypertenzi při incipientní chronické renální insuficienci. Z předložené práce není jasné, jaké byly hodnoty systémového krevního tlaku. Pro posouzení toho, zda okluze horní orbitální žíly byla primární či sekundární by bylo důležité posoudit absolutní hodnoty i dynamiku změn hemokoagulačních poměrů.

Bohužel při absenci kontrolních vyšetření, která pacientka odmítla, zůstane zřejmě konec případu otevřený.

P. Diblík, Z. Kovařík, Oční klinika VFN a1. LF UK Praha