

Z Kliniki Okulistycznej Uniwersytetu M. C. S. w Lublinie
Kierownik: Z. Prof. Doc. Dr med. Tadeusz Krwawicz

Tadeusz DZIERŻYKRAJ-ROGAŁSKI

Rzadki przypadek ograniczonego zagłębienia tarczy nerwu wzrokowego

A rare case of limited excavation in the optic disc

Autorzy jak Manz, Hippel, Seefelder, Schily i inni na podstawie przeprowadzonych badań doświadczalno-porównawczych oraz anatomo-patologicznych i klinicznych u zwierząt i ludzi, zgodnie przyjmują, że większość wad rozwojowych oka powstaje jako skutek niezarastania szczeliny ocznej pierwotnego pęcherzyka ocznego, a tylko pewne postacie tych wad są wynikiem innych zaburzeń rozwojowych.

Przy wadach wynikających z niezarastania szczeliny ocznej, klinicznie spotkać się możemy z różnymi postaciami wrodzonych częściowych lub całkowitych, typowych lub atypowych ubytków (*coloboma iridis, corporis ciliaris, lentis, chorioideae, nervi optici*).

Niekiedy następstwem tych zaburzeń są pewne postacie niedorozwoju gałki ocznej (*microphthalmus*) lub całkowity jej brak, cysty oczodołu i t.p. Wadom tym towarzyszą często wady rozwojowe i w innych częściach organizmu, natomiast za wątpliwy uważa się związek przyczynowy z zaburzeniami psychicznymi.

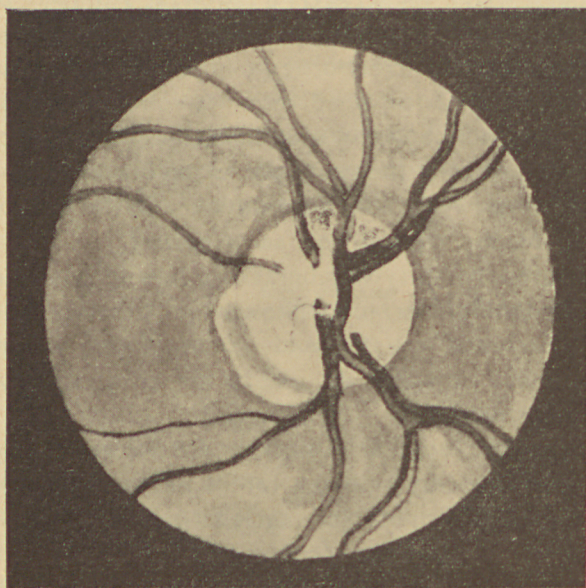
Przy wrodzonych ubytkach nerwu wzrokowego wystąpić może całkowity lub tylko częściowy ubytek tarczy nerwu wzrokowego na samej tarczy albo w bezpośrednim jej sąsiedztwie. Klinicznie spotykamy nietypowe zmiany sierpowate (*conus heterotypicus*) lub ograniczone wgłębienia w tarczy nerwu wzrokowego, a zależnie od stopnia rozwoju tych zmian zaznaczają się zaburzenia funkcjonalne w prawidłowych czynnościach nerwu wzrokowego.

Ograniczone zagłębienie tarczy nerwu wzrokowego jest rzadką wadą rozwojową, spostrzeganą raz na kilkanaście tysięcy badanych wziernikiem oczu. (Van Duyse (1920) raz na dziesięć tysięcy). Z tego też powodu podajemy niżej opisany przypadek.

Chory S. J. Nr. Hist. chor. 674/49, lat 32, z zawodu rolnik, podaje że na oko prawe widzi gorzej od urodzenia. Okiem lewym widział dobrze, dopiero przed 2-ma tygodniami nastąpiło znaczne pogorszenie bystrości wzroku, co go skłoniło do zgłoszenia się na Klinikę.

Badaniem przedmiotowym stwierdza się:

Oko prawe: zewnętrznie bez zmian chorobowych. Ośrodki łamiące prawidłowe. Dno oka: tarcza nerwu wzrokowego o granicach dość ostrych, różowa, w dole od strony skroniowej widać na tarczy jakby małe ognisko dość ostro odgraniczone, wielkości $\frac{1}{12}$ tarczy, barwy szarawo-żółtawej z błyszczącym reflexem w środku (vide ryc. 1). Badanie w obrazie prostym wykazało, że mamy do czynienia z ograniczonym wgłębieniem na tarczy nerwu wzrokowego. Oznaczenie stopnia tego wgłębienia było utrudnione z powodu obecności w zagłębieniu nawpół przezierniej tkanki. Wnęka naczyniowa prawidłowa w środku tarczy. Nad zagłębieniem widoczne małe naczynko krwionośne przebiegające pionowo w dół. Naczynia krwionośne żyłne i tętnicze o przebiegu wężykowatym. Po stronie dolno skroniowej tarczy widać smugowate przejaśnienie siatkówki równoległe do brzegu tarczy na podobieństwo sierpa skroniowego.



Ryc. 1.

Napięcie gałki prawidłowe. Bystrość wzroku oka prawego = z korekcją 0.33. Aparat ruchowy oka prawidłowy, pole widzenia o granicach znacznie zwężonych (od skroni 10 stopni, do 40 w pozostałych sektorach).

Oko lewe: zewnętrznie bez zmian chorobowych. Ośrodki łamiące prawidłowe. Dno oka: tarcza nerwu wzrokowego o granicach zatartych nieznacznie obrzękła, siatkówka wykazuje szereg ognisk białawych lub szarobiaławych, nadto wzdłuż przebiegu naczyń widoczne zmiany odpowiadające obrazowi klinicznemu *peri et endophlebitis*. Bystrość wzroku oka lewego = z korekcją 0,11. Pole widzenia koncentrycznie zwężone od 15 do 35 stopni.

Dodatkowe badania laryngologiczne, internistyczne neurologiczne, oraz morfologia krwi odchyłań od normy nie wykazały. Natomiast zdjęcie klatki piersiowej wykazało specyficzne nieznaczne zmiany, co może wytłumaczyć przyczynę zmian zapalnych siatkówki rozpoznanych jako *periphlebitis et retinitis tbc. o. s.*

Po dwóch tygodniach chory na własne żądanie został wypisany.

Jak widać z opisu przytoczonego przypadku u chorego, który zgłosił się z powodu klinicznie wytłumaczalnego postępującego obniżenia się bystrości wzroku na oku lewym, równocześnie mogliśmy stwierdzić rzadką wadę rozwojową na tarczy nerwu wzrokowego oka prawego, zaliczaną do t. z. szczelin nerwu wzrokowego.

Tego rodzaju wady rozwojowe, podobnie jak w naszym przypadku, spostrzegane są raczej przypadkowo.

Po raz pierwszy opisał je Wieth (1882) który przekonał się, że rzekome ciemno zabarwione ogniska na tarczy są w rzeczywistości zagłębieniami.

W 1908 roku Reis zebrał z piśmiennictwa 15 przypadków, które opracował łącznie ze swoimi 5-cioma, starając się wyjaśnić patogenезę omawianej wady rozwojowej. Wszystkie te przypadki występowały przeważnie na jednym oku, zarówno u mężczyzn jak i u kobiet.

Hippel zestawil (1922) dalszych 11 przypadków, tak, że Abramowicz (1926) podaje, że ogółem łącznie z jego 3-ma przypadkami ogłoszono 48 przypadków.

W piśmiennictwie polskim prócz Abramowicza należy wymienić spostrzeżenia Laubera (1909), Wicherkiewicza (1914) oraz dwa przypadki opisane przez Piekarską-Miączyńską (1935).

Klinicznie w większości przypadków bystrość wzroku i pole widzenia zmian nie wykazywały, a tam gdzie spotykano się z obniżeniem bystrości wzroku i ograniczeniem pola widzenia, można było znaleźć inne przyczyny, które tłumaczyły owe zaburzenia funkcjonalne.

Jeżeli chodzi o wytłumaczenie patogenезы tej wady rozwojowej, to mamy jedynie badania anatomo-patologiczne przeprowadzone przez Laubera i Seefeldera, na podstawie których można przyjąć, że ograniczone wgłębienie na tarczy nerwu wzrokowego należałoby zaliczyć do ubytków wrodzonych nerwu wzrokowego, przy czym przy-

chodzi w miejscu wglębenia do wrastania torebkowego siatkówki w pochewkę nerwu wzrokowego tak, jak to spotykamy przy typowych wrodzonych ubytkach nerwu wzrokowego.

Tłumaczenie Wesselego, że przyczyną powstawania takiego zagłębienia są zaburzenia w rozwoju cilioretinalnych i opticociliarnych naczyń siatkówki, nie utrzymało się ponieważ wada ta powstaje przed rozwojem naczyń siatkówki. Rzadkość jednak występowania tej wady i brak większego materiału anatomo-patologicznego nie pozwala na bezsporne ustalenie patogenezy odnośnej wady rozwojowej.

PIŚMIENNICTWO LITERATURE

- 1) Abramowicz: Klinika Oczna str. 15, 1926.
 - 2) Van Duyse et van Lint: Arch. d'ophthl. str. 155. 1920.
 - 3) Hippel: Die Krankh. d. Sehnerven str. 498. 1922.
 - 4) Lauber: Zeitschr. f. Augenh. T. XIX, str. 494. 1909.
 - 5) Piekarska-Miączyńska: Klinika Oczna str. 283. 1935.
 - 6) Seefelder: Archiw. f. Ophthal. T. X, str. 129. 1915.
 - 7) Schily: Ref. Kl. Monatsbl. f. Augenh. str. 705. 1913.
 - 8) Wessely: Arch. f. Augenh. T. LXV, str. 98. 1910
 - 9) Wicherkiewicz: Postęp Okulistyczny str. 33. 1914.
-

S U M M A R Y

The author describes a rare developmental anomaly, the limited excavation in the optic disc.

The patient reported to the Eye Clinic because of some other complaint and the described condition was discovered on the fundus of the right eye during the examination of the optic disc from below, in a form of a limited (excavation, depression, fovea) of $\frac{1}{12}$ of the optic disc in size, of greyish-yellow colour and with a glistening reflex in its centre. The determination of its actual depth was rendered impossible by presence of some semi-translucid tissue. The patient reported that his vision with that eye had been inferior since his birth.

That sort of developmental anomaly is to be classified among so called congenital fissures in the optic disc. They are usually observed and discovered rather accidentally and for the first time they were described by Wieth in 1882. In the Polish Ophthalmological literature are described several similar cases by Lauber (1904), Wicherkiewicz (1914), Abramowicz (1926) and Piekarska-Miączyńska (1935).

On the margin of his own case, the author discusses the reasons of that interesting anomaly quoting various authors. Despite investigations held by a number of workers the problem still remains unsolved, mostly because of rare occurrence.

