

(44)

Objawy uboczne w trakcie leczenia Solu-Medrolem zapalenia nerwu wzrokowego w przebiegu SM

Side effects during treatment with Solu-Medrol optic neuritis in course of SM

Lidia Mazur-Chłodek, Aniela Kaliciak-Kempińska

Z Oddziału Okulistycznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 3 w Rybniku
Ordynator: lek. med. Helena Pater-Jajdelska

Summary: The aim of this research is, to show the action mechanism of metyloprednizolon and the side – effects of the Solu-Medrol application in the treatment of demyelination neuritis of ophthalmic nerve in sclerosis multiplex. In research, there were described the side-effects after second Solu-Medrol bolus dose given to a 44-year-old patient. She has suffered from SM and demyelination neuritis of ophthalmic nerve with rapid deterioration of visual acuity for 14 years. In the years 1995-2002 there has not been any case of side-effects similar to this patient's, among all the 30 other patients treated with Solu-Medrol. It confirms the usefulness of bolus dose metyloprednizolon therapy applied to patients suffering from ophthalmic nerve demyelination with rapid deterioration of visual acuity.

Słowa kluczowe: zapalenie nerwu wzrokowego, Solu-Medrol (sól sodowa bursztynianu metyloprednizolonu), demielinizacja.

Key words: optic neuritis, methyloprednisolone sodium succinate (metyloprednizolon), demyelination.

Wstęp

Solu-Medrol jest syntetycznym glikokortykosteroidem o silnym działaniu (7) przeciwzapalnym, immunosupresyjnym i przeciwalergicznym. Dzięki swoim właściwościom (zmniejszenie liczby komórek zapalnych, zmniejszenie wazodylatacji, stabilizacja błon lizosomalnych, zahamowanie fagocytozy, zmniejszenie produkcji prostaglandyn i substancji pokrewnych) znajduje zastosowanie w leczeniu wielu schorzeń, np.:

- Schorzeń endokrynologicznych.
- Chorób reumatycznych.
- Chorób tkanki łącznej: toczenia rumieniowatego, zapalenia skóry-mięśniowego.
- Chorób dermatologicznych: pęcherzycy, zespołu Stevensa-Johnsona, ziarniniaka grzybiastego, pęcherzykowo-opryszczkowego zapalenia skóry, ciężkiego łojotokowego zapalenia skóry, ciężkiej postaci łuszczycy.
- Stanów alergicznych.
- Chorób przewodu pokarmowego: wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, ograniczonego zapalenia jelit.
- Chorób układu oddechowego: objawowej sarkoidozy, boreliozy, zachyłstowego zapalenia płuc, gruźlicy prosówkowej lub gruźlicy o piorunującym przebiegu, zapalenia płuc wywołanego przez *pneumocystis carini* u pacjentów z AIDS.
- Chorób układu krwiotwórczego: małopłytkowości, agranulocytozy, nabytej niedokrwistości hemolitycznej.
- Chorób nowotworowych.
- Chorób układu nerwowego: ostrego urazu rdzenia kręgowego, obrzęków mózgu pourazowych lub powstałych w wyniku guza mózgu, włośnicy z zajęciem układu nerwowego, ostrego rzutu SM.
- Wstrząsu: w następstwie niewydolności kory nadnerczy lub wstrząsu niereagującego na leczenie konwencjonalne, jeżeli istnieje możliwość niewydolności kory nadnerczy.
- W okulistyce: współczulnego zapalenia naczyńówki, zapalenia n. II z szybkim i znacznym obniżeniem ostrości wzroku, najczęściej w przebiegu SM (6).
Sclerosis multiplex (SM, stwardnienie rozsiane) jest częstą idyopatyczną, demielinizacyjną chorobą ośrodkowego układu nerwowego, charakteryzującą się występowaniem zaburzeń neurologicznych o skłonnościach do remisji i nawrotów (3,5,6). Wśród objawów wymienia się uszkodzenie rdzenia kręgowego, pnia mózgu oraz półkul mózgowych mogące powodować двоjenie, oczopląs, zaburzenia mowy i połknięcia oraz połowicze niedowłady i niedowidzenie.
Do objawów okulistycznych zalicza się: pozagałkowe zapalenie n. II, porażenia oczne międzyjądrowe, oczopląs, skośne ustawienie gałek ocznych, porażenie nerwów ruchowych gałki ocznej, niedowidzenie połowicze, zapalenie części pośredniej błony naczyniowej, okołożylne zapalenie naczyń siatkówki, objaw Uthoffa – pogorszenie widzenia pod wpływem wysiłku lub podwyższonej temperatury (2,4,6).

Solu-Medrol dawkowany pulsacyjnie (podawanie we wlewie dożylnym 1,0 g 1 x dz. przez 1-5 dni) stosuje się najczęściej w reumatoidalnym zapaleniu stawów, toczniu rumieniowatym układowym, kłębkowym zapaleniu nerek, SM. Podczas stosowania Solu-Medrolu mogą pojawiać się w różnym czasie niektóre z następujących objawów ubocznych:

1. Zaburzenia gospodarki elektrolitowej (zatrzymanie sodu, utrata potasu).
2. Zaburzenia układu ruchu (osłabienie mięśniowe, osteoporoza, złamania, aseptyczna martwica kości).
3. Zaburzenia układu pokarmowego (stany zapalne i owrzodzenia błony śluzowej z krwawieniem, zapalenie trzustki).
4. Zaburzenia skórne (wybroczyny; cienka, sucha skóra; upośledzenie gojenia ran).
5. Zaburzenia metaboliczne (zwiększony katabolizm białek).
6. Zaburzenia ze strony układu dokrewnego (zaburzenia miesiączkowania, zespół cushingoidalny, zahamowanie osi przysadkowo-nadnerczowej, upośledzenie tolerancji węglowodanów, zahamowanie wzrostu dzieci).
7. Zaburzenia układu immunologicznego (maskowanie zakażenia, uczynnienie utajonego zakażenia, anafilaksja).
8. Zaburzenia narządu wzroku (zaćma, jaskra, stany zakrzepowe).
Szybkie podanie dużych dawek Solu-Medrolu (ponad 0,5 g w czasie krótszym niż 10 min) może wywołać zaburzenia rytmu serca, zapaść, zatrzymanie akcji serca.

Opis chorej

W czerwcu 1979 r. 28-letnia pacjentka po raz pierwszy leczona była na oddziale okulistycznym z powodu pozagałkowego zapalenia n. II oka lewego (OL). W 1981 r. u tej pacjentki rozpoznano SM. W 1988 r. przebyła pozagałkowe zapalenie n. II oka prawego (OP). Od 1994 r. chorą kilkakrotnie hospitalizowano z powodu postępującego pozapalnego zaniku n. II obojga oczu. W kwietniu 1994 r. ostrość wzroku oka prawego (VOP) = 0,2, ostrość wzroku oka lewego (VOL) = poczucie światła z prawidłową lokalizacją. Pole widzenia OP koncentrycznie ograniczone do 20-30 stopni, a w OL znacznie obniżona ostrość wzroku uniemożliwiła wykonanie tego badania. Kolejny raz już 44-letnia pacjentka zgłosiła się na oddział okulistyczny 19.01.1995 r. z powodu trwającego od 2 dni znacznego pogorszenia ostrości wzroku OP. W dniu przyjęcia VOP = 0,5/50, pole widzenia OP zawężone koncentrycznie do 10 stopni, VOL = poczucie światła, co uniemożliwiło wykonanie badania pola widzenia OL. Ciśnienie śródgałkowe obojga oczu w normie, tarcze n. II obojga oczu blade w poziomie dna o wyraźnych granicach, naczynia wąskie, płamka bez refleksu, obwód siatkówki prawidłowy. W badaniach dodatkowych: morfologia, badanie ogólne moczu, poziom cukru, RTG czaszki z celowaniem na siodełko tureckie w normie. Badanie neurologiczne potwierdziło SM. Na podstawie badania przedmiotowego rozpoznano pozagałkowe zapalenie n. II OP w przebiegu SM. W leczeniu zastosowano domięśniowo Cocarboxylazę, Vit. B₁, Vit. B₁₂, Dexaven (łącznie 142 mg), dożylnie Vibramycynę w dawce 0,1 g na dobę, Nootropil oraz okołogałkowo Depo-Medrol. Po 13 dniach leczenia ze względu na brak poprawy włączono Solu-Medrol w dawce 1,0 g na dobę w powolnym wlewie kroplowym. Dnia 03.02.95 r. (2 dni podawania Solu-Medrolu) u pacjentki wystąpiły zawroty i bóle głowy, zaburzenia świadomości, euforia, nudności, wymioty nasilające się przy ruchach głowy oraz wzrost

poziomu leukocytów do 18,0 g/l. Po konsultacji internisty, który sugerował tło mózgowie objawów, włączono Fenacil i Torecan, wycofano się z podawania Solu-Medrolu. Uzyskano stopniowe zmniejszenie wyżej wymienionych objawów. Dnia 04.02.95 r. poziom leukocytów wynosił 25,0 g/l, poziom glukozy – 6,2 mmol/l. Dnia 06.02.95 r. leukocytoza obniżyła się do 10,7 g/l, pozostałe objawy cofnęły się, nastąpiły poprawa ostrości wzroku OP do 1/12 i poszerzenie pola widzenia OP do 25-30 stopni. Stan OL był jak w dniu przyjęcia. Po 30 dniach leczenia VOP = 1/12. Pacjentka została wypisana do domu z zaleceniem kontroli w poradni okulistycznej i neurologicznej. Po 2 miesiącach podczas badania kontrolnego stwierdzono stan oczu jak przy wypisie, leukocytozę w normie, znaczne przerzedzenie owłosienia na głowie. Wypadanie włosów rozpoczęło się miesiąc po wypisie ze szpitala. W lipcu 1995 r. pacjentka ponownie została przyjęta do szpitala z powodu zaniku n. II. obojga oczu. Przy przyjęciu stan owłosienia był jak przed leczeniem Solu-Medrolem, badania laboratoryjne były w normie. VOP = 1/6, pole widzenia OP ograniczone do 15 stopni. VOL = poczucie światła.

Omówienie

Podczas stosowania Solu-Medrolu obraz działań niepożądanych może być różny w zależności od czasu stosowania i wielkości dawki. Większość opisywanych wyżej objawów występuje częściej po dłuższym stosowaniu glikokortykosteroidów. U pacjentki objawy wystąpiły po 2. dawce Solu-Medrolu i na pewno nie były spowodowane zbyt szybkim podaniem leku. Opisywane przez producenta (Pharmacia & Upjohn) niepożądane działania uboczne ze strony układu nerwowego (podwyższone ciśnienie śródczaszkowe, zaburzenia psychiczne i drgawki) pokrywają się z objawami występującymi u naszej pacjentki (wymioty, nudności, zawroty i bóle głowy, euforia, zaburzenia świadomości).

Po stosowaniu glikokortykosteroidów opisywano (1) przypadki neutropenii z limfocytozą, co może tłumaczyć ogólną leukocytozę u pacjentki. Późnym efektem wyżej opisywanych powikłań skórnych mogło być wypadanie włosów. W latach 1995-2002 na Oddziale Okulistycznym w Rybniku Solu-Medrolem metodą pulsacyjną leczono ok. 30 pacjentów z powodu zapalenia n. II. W niektórych przypadkach obserwowano skoki ciśnienia tętniczego krwi i podwyższoną glikemę. Powikłania, które wystąpiły u przedstawionej w tym opracowaniu chorej, dotyczyły tylko tej jednej osoby. Z uwagi na to, że stosowanie uderzeniowych dawek metyloprednizolonu jest uznanym sposobem leczenia pozagałkowego zapalenia n. II (2,8), wydaje się celowe zaprezentowanie niepożądanych objawów, które sporadycznie mogą pojawić się po stosowaniu wyżej wymienionego leku.

PIŚMIENNICTWO: 1. Czukowska L.: *Indeks leków medycyny praktycznej*. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków, 2000, 407-408. 2. Dróbecka-Brydak E., Pauk M., Brydak-Godowska J., Zakrzewska-Pniewska B.: *Leczenie pozagałkowego zapalenia nerwu wzrokowego pulsami Solu-Medrolu*. Nowa Medycyna, Rok IV, nr 19/97, 42. 3. Kański J. J.: *Okulistyka kliniczna*. Wydawnictwo Medyczne, Urban & Partner, Wrocław, 1997, 458. 4. Kański J. J.: *Objawy oczne w chorobach układowych*. Wydawnictwo Medyczne Górnicki, Wrocław, 2002, 188. 5. Koraszewska-Matuszewska B., Samochowiec-Donocik E., Rynkiewicz E.: *Zapalenie nerwu wzroko-*

wego u dzieci i młodzieży. *Klinika Oczna*, 1995, 6 (97), 207-209. 6. Lenczewska B., Czajkowski J.: *Zapalenie nerwów wzrokowych w przebiegu stwardnienia rozsianego*. *Okulistyka*, 1998, 1, 36-38. 7. Śługaj I.: *Pharmindex*. Wydawnictwo MediMedia International Sp. z o. o., Warszawa, 2002, 503. 8. Toczolowski J., Lewandowska-

Furmanik M., Stelmasiuk Z., Woźniak D., Chmiel M.: *Leczenie ostrego zapalenia nerwu wzrokowego za pomocą dużych dawek kortykosterydów*. *Klinika Oczna*, 1995, 5 (97), 122-125.

Praca wpłynęła do Redakcji 16.09.2002 r. (149).

Adres do korespondencji (Reprint requests to):

Lidia Mazur-Chłodek
ul. Wyglendy 27
44-200 Rybnik

REKLAMA

KSIĄŻKA

z Kliniki Ocznej 1-2/2003

str. 56