

(60)

Jaskra u chorego z guzem przysadki – opis przypadku

Glaucoma in patient with pituitary tumor – case report

Hanna Lesiewska-Junk¹, Grażyna Malukiewicz²

¹ Z Zespołu Poradni Przyklinicznych Szpitala Uniwersyteckiego Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Poradnia Okulistyczna
Kierownik: dr n. med. Andrzej Cichosz

² Z Katedry i Kliniki Chorób Oczu Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Józef Kałużny

Summary: Ocular hypertension and visual field loss would usually be thought sufficient to suspect glaucoma. A case is presented which illustrates the continuing need for vigilance in circumstance of an apparently straightforward diagnosis has been made.

Słowa kluczowe: jaskra, guz przysadki, gruczolak.

Key words: glaucoma, pituitary tumor, adenoma.

Częstość występowania jaskry w populacji powyżej 40. roku życia wynosi około 2% (1). Złe rokowanie w naturalnym przebiegu choroby sprawia, że wczesne rozpoznanie stanowi podstawowy problem związany z jej leczeniem. Podwyższone ciśnienie wewnątrzgałkowe z towarzyszącymi zaburzeniami widzenia nasuwają podejrzenie jaskrowego uszkodzenia nerwu wzrokowego. Stwarza to konieczność aktywnego poszukiwania cech rozpoczynającej się neuropatii jaskrowej, której potwierdzeniem jest między innymi nieprawidłowy wynik badania pola widzenia.

Cel

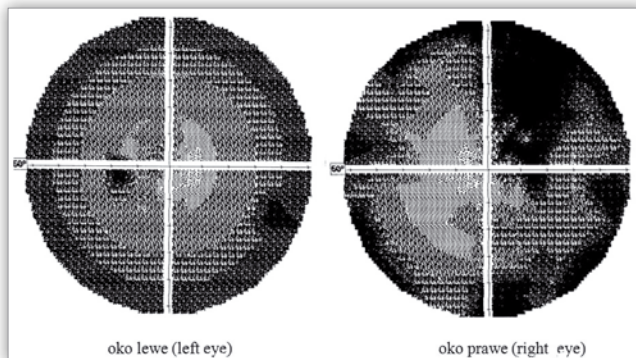
Celem pracy jest przedstawienie pacjenta, u którego wstępne obserwacje i diagnostyka w kierunku jaskry doprowadziły do zaskakującego rozpoznania.

Opis przypadku

Mężczyzna, lat 45, wykonujący zawód kierowcy, zgłosił się do poradni okulistycznej z powodu pogorszenia się od kilku tygodni widzenia obojgiem oczu. Poprzednio żadnych chorób oczu nie przebył. Od około trzech lat używał szkieł korekcyjnych do blizy. Trzy lata przed zgłoszeniem się do okulisty przebył zawał mięśnia sercowego. Stwierdzono wówczas również nadciśnienie tętnicze. Od tej pory pozostawał pod stałą kontrolą kardiologiczną. W badaniu okulistycznym: VOP do dali = 1,0 z korekcją +3,25 Dsph, VOL = 1,0 z korekcją +3,25. Do blizy ostrość wzroku obojga oczu wynosiła 0,5/30 z korekcją +4,5 Dsph. Ciśnienie wewnątrzgałkowe (cwg) mierzone tonometrem bezkontaktowym wynosiło w OP – 24,0 mmHg, w OL – 27,0 mmHg. Nie stwierdzono odchyłań od normy w badaniu odcinka przedniego w lampie szczelinowej, jak również w badaniu dna oka wziernikiem bezpośrednim. Wygląd tarczy nerwu wzrokowego nie budził zastrzeżeń. W perymetrii statycznej wykonanej za po-

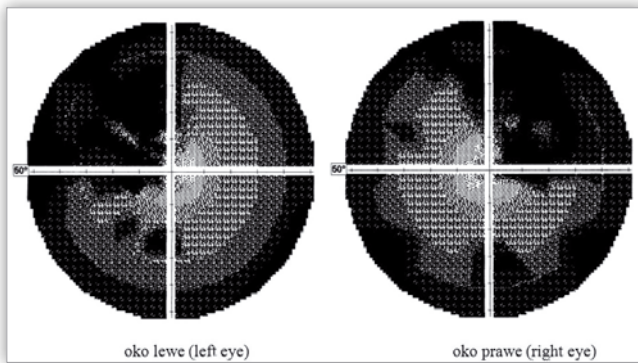
mocą aparatu Medmont M600W (pełen zakres) pola widzenia obojga oczu były prawidłowe. Zalecono systematyczną kontrolę cwg. W czasie sześciu miesięcy cwg było kontrolowane czterokrotnie (zarówno za pomocą tonometru bezkontaktowego, jak i tonometru Schiötza) i utrzymywało się w granicach od 19,0 mmHg do 23,0 mmHg. Subiektywne zaburzenia widzenia nasiliły się pomimo pełnej ostrości wzroku do dali z korekcją +3,25 Dsph. W polu widzenia oka prawego sześć miesięcy po pierwszym badaniu pojawiły się ubytki w kwadrancie skroniowym górnym i obwodowe – w skroniowym dolnym (ryc. 1).

Włączono beta-bloker selektywny stosowany miejscowo do obojga oczu dwa razy dziennie. W czasie kolejnych trzech miesięcy po zastosowanym leczeniu wartości ciśnienia wewnątrzgałkowego kształtowały się w granicach $\pm 22,0$ mmHg. Wartości te nie zmieniły się po zamianie stosowanego leku na beta-bloker nieselektywny. Po następnych dwóch miesiącach leczenia dodatkowo zastosowano miejscowo inhibitor anhidryzy węglanowej. Ciśnienie wewnątrzgałkowe obniżyło się



Ryc. 1. Pole widzenia sześć miesięcy po pierwszym badaniu okulistycznym.

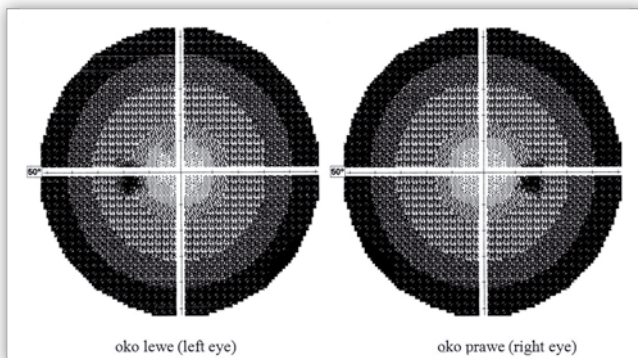
Fig. 1. Visual field six months after the first examination.



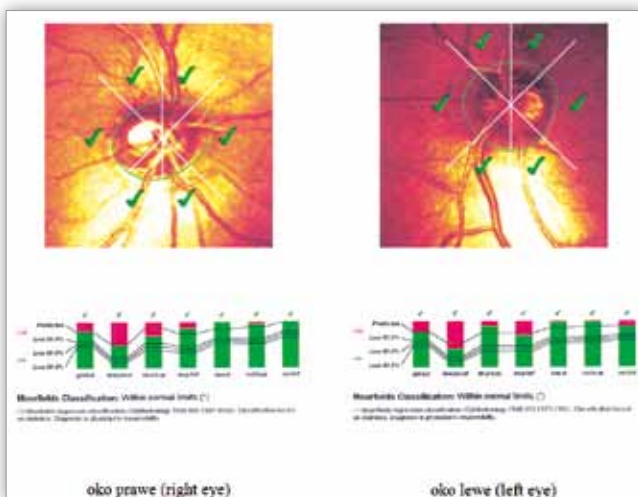
Ryc. 2. Pole widzenia po sześciu miesiącach leczenia.
Fig. 2. Visual field after six months' treatment.

do 18 mmHg w obojgu oczach. Pacjent zgłosił się na kolejną kontrolę pół roku po ostatnim badaniu i stwierdzono wówczas obniżenie ostrości wzroku OP do 0,9 z korekcją +3,5 Dsph, a OL – 0,5 z korekcją +3,5 Dsph. Ciśnienie wewnątrzgałkowe wynosiło 18,0 mmHg w OP i 21,5 mmHg w OL. W polu widzenia obojga oczu pojawiły się ubytki na całym obszarze kwadrantów skroniowych górnych (ryc. 2).

W badaniu MRI głowy stwierdzono guz w okolicy siodła tureckiego. Po konsultacji neurochirurgicznej chory został zakwalifikowany do leczenia operacyjnego. Guz usunięto z dojścia przez nos i dostępu przezklinowego endoskopowego. MRI wykonane



Ryc. 3. Pole widzenia po usunięciu guza przysadki.
Fig. 3. Visual field after pituitary tumor surgery.



Ryc. 4. HRT po usunięciu guza przysadki.
Fig. 4. HRT after pituitary tumor surgery.

w pierwszej dobie po operacji ujawniło obszar o wymiarach 36/26/28 mm o niejednorodnym sygnale w okolicy nadsiodłowej. Po podaniu kontrastu uzyskano niejednorodne wzmocnienie w częściach obwodowych. Ucisku na skrzyżowanie nerwów wzrokowych nie obserwowano. Badanie histopatologiczne wykazało *adenoma atypicum*. Stwierdzono dyskretne cechy naciekania przegród łącznotkankowych.

Trzy miesiące po operacji: VOP i VOL – 1,0 cc + 3,25 Dsph. Ciśnienie wewnątrzgałkowe OP = 16,0 mmHg, OL – 18,0 mmHg (pacjent nie przerywa stosowania zaleconych wcześniej leków miejscowych). Odcinek przedni i dna obojga oczu oraz pole widzenia (ryc. 3), a także badanie HRT – w normie (ryc. 4).

Pacjent pozostaje pod systematyczną kontrolą endokrynologa, neurochirurga i okulisty.

Omówienie

W literaturze światowej nie opisywano do tej pory przypadku jaskry z podwyższonym ciśnieniem wewnątrzgałkowym maskującej obecność gruczolaka przysadki. Wprawdzie u chorego prezentowanego przez Schmidta występowały zmiany w polu widzenia nasuwające podejrzenie jaskry, nie zanotowano jednak zwyczaj cwg (2). Przedstawiony przez nas przypadek wskazuje na konieczność wnikliwej diagnostyki i nieustannej czujności w postępowaniu z pacjentami z rozpoznaną uprzednio chorobą. U opisywanego chorego stwierdzono podwyższone cwg i ubytki w polu widzenia. Unormowane farmakologicznie cwg nie zapobiegło jednakże progresji zmian w polu widzenia. Gdy zaburzenia zaczęły przybierać charakterystyczną postać ubytków dwuskroniowych, nasunęło to podejrzenie uszkodzenia drogi wzrokowej w okolicy siodła tureckiego. Już trzy miesiące po chirurgicznym usunięciu gruczolaka przysadki badanie pola widzenia nie wykazywało odchyień od normy. Powolne, stopniowe pogarszanie się pola widzenia w przebiegu choroby i szybka jego poprawa po usunięciu guzów przysadki były już opisywane przez innych autorów (3,4). Sullivan i wsp. stwierdzili, że poprawa pola widzenia po usunięciu przezklinowym guzów przysadki występowała u 81% w ciągu 1,4 roku (4). Glaser zauważył natomiast, że po chirurgicznej dekompresji w przypadkach gruczolaków przysadki pole widzenia powraca do normy lub ulega znaczącej poprawie w czasie kilku tygodni. Powoduje to powrót dobrej ostrości wzroku 3-4 miesiące po operacji (5). Whiting i Walland opisali obiektywną i subiektywną poprawę pola widzenia już miesiąc po usunięciu torbieli Rathkego (3). Podobną dynamikę poprawy ostrości wzroku i pola widzenia stwierdziliśmy u naszego pacjenta z gruczolakiem przysadki.

W przypadkach guzów przysadki nie obserwuje się zazwyczaj wzrostu ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Także u naszego pacjenta nie zanotowano obrzęku tarczy nerwu wzrokowego i innych cech wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego.

Przebieg choroby u naszego pacjenta wskazuje na istotną rolę holistycznego spojrzenia na każdego chorego. U pacjentów z jaskrą szczególną czujność powinny budzić wczesne zmiany pola widzenia ograniczone do ubytków skroniowych. W opisanym powyżej przypadku normalizacja pola widzenia po leczeniu chirurgicznym, prawidłowy wynik badania HRT, a także powrót do pełnej ostrości wzroku stawiają pod znakiem zapytania rozpoznanie jaskry. Mimo stosowania leków obniżających ciśnienie wewnątrzgałkowe jego wartości nadal pozostają w górnych

granicach normy. Wydaje się więc, że próba odstawienia leków byłaby obciążona ryzykiem powstania jaskrowych ubytków w polu widzenia.

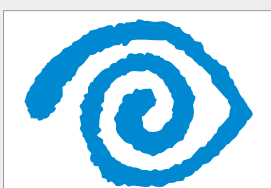
Piśmiennictwo:

1. Niżankowska MH: *Jaskra. Współczesne zasady rozpoznawania*. Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2001, 3.
2. Schmidt D: *Differential diagnosis of bitemporal paracentral visual fields defects in "low-tension glaucoma" and tumors of the pituitary gland*. *Klin Monatsbl Augenheilkd* 1975 Apr, 166(4), 483-488.

3. Whiting MA, Walland MJ: *Ockham's glaucoma*. *Clin Experiment Ophthalmol* 2001, 29(1), 41-43.
4. Sullivan LJ, O'Day J, Mc Neill P: *Visual outcomes of pituitary adenoma surgery*. *St. Vincent's Hospital 1968-87*. *J Clin Neuro-ophthal* 1991, 11, 262-267.
5. Glaser JS: *Neuro-ophthalmology*. JB Lippincott, Philadelphia 1990, 181.

Praca wpłynęła do Redakcji 20.08.2008 r. (1072)
Zakwalifikowano do druku 30.10.2009 r.

Adres do korespondencji (Reprint requests to):
dr n. med. Hanna Lesiewska-Junk
ul. Kawiorowa 8
85-435 Bydgoszcz



XX KONFERENCJA NAUKOWA SEKCJI STRABOLOGICZNEJ POLSKIEGO TOWARZYSTWA OKULISTYCZNEGO Kraków, 4-5.12.2009 r.

Organizatorzy mają zaszczyt zaprosić do udziału w Konferencji Naukowej dotyczącej problematyki choroby zezowej u dzieci i dorosłych.

W trakcie Konferencji odbędzie się zebranie sprawozdawczo-wyborcze Sekcji Strabologicznej Polskiego Towarzystwa Okulistycznego.

**Zaprasza
dr n. med. Ewa Wójcik – przewodnicząca Sekcji Strabologicznej
Polskiego Towarzystwa Okulistycznego**

ZGŁOSZENIE UCZESTNICTWA

PROSIMY ODEŚLAĆ wypełnioną kartę uczestnictwa w Konferencji wraz z potwierdzeniem opłaty zjazdowej do 4.11.2009 r., zgłoszenie referatu lub plakatu do 30.09.2009 r.

**NA ADRES:
Komitet Organizacyjny
XX Konferencji Sekcji Strabologicznej PTO
ul. Pod Strugą 5, 30-389 Kraków**

KOSZTY UCZESTNICTWA

- | | |
|---|---------|
| – opłata zjazdowa | 350 PLN |
| – opłata zjazdowa dla członków Sekcji Strabologicznej | 300 PLN |
| – dla ortoptystek | 250 PLN |
| – dla osób towarzyszących | 150 PLN |

**Wpłata na konto: Komitet Organizacyjny
XX Konferencji Sekcji Strabologicznej PTO.
Bank Polska Kasa Opieki SA, Oddział Kraków
nr 601240 4533 1111 0010 2575 4761**

HOTEL

**Rezerwacja w Hotelu Park Inn
(obok Ronda Grunwaldzkiego)**

**Monte Cassino 2
31-337 Kraków, Poland
tel. 12 392 89 81
www.parkinnhotel.pl**

Ceny
– pokój jednoosobowy 60 Euro
– pokój dwuosobowy 70 Euro

w cenie
– śniadanie „Super Breakfast Buffet”
– wstęp do klub fitness i sauny
– podatek VAT

**Rezerwacja
Reservations.krakow@rezidorparkinn.com
tel. 12 375 55 72
Hasło: Sekcja Strabologiczna**

KONTAKT ORGANIZACYJNY

**Halina Bryg
tel. 0 600 366 805 lub 12 262 20 02 (po godz. 20)
mail: halina.bryg@gmail.com**