

ANDRZEJ STANKIEWICZ, IRENA BERNACKA
i ALINA BAKUNOWICZ-ŁAZARCZYKOWA

Leczenie zachowawcze urazowego uszkodzenia nerwu wzrokowego

CONSERVATIVE TREATMENT OF TRAUMATIC LESION OF THE OPTIC NERVE

Twenty one patients aged 18-77 years with a lesion of the optic nerve caused by contusion of the head were treated conservatively in the period 1980-87. An improvement - often a substantial one - of the visual acuity was attained in 52.3 p.c. of patients; in 17 patients the vision did not deteriorate in the period of control examinations.

HASŁA: nerw wzrokowy, uraz, złamanie kanału nerwu wzrokowego

KEY WORDS: optic nerve, trauma, fractura of optic nerve canal

Tabela II

Rodzaje uszkodzeń układu wzrokowego	n
Złamanie dolnego brzołka oczodołu	1
Rany powiek	9
Krwiak oczodołu i wytrzeszcz gałki	7
Krew w komorze przedniej	2
Ślepotą pourazowa	6
Zaćma urazowa	1

Ostrość wzroku bezpośrednio po urazie przedstawia tab. III.

W leczeniu stosowano: antybiotyk (najczęściej penicylinę krystaliczną we wlewach dożylnych lub gentalmycinę), mannitol, kortykosterydy (hydrocortizon, encorton), vit. B₁ + B₁₂, wapno + vit. C - dożylnie oraz leki poprawiające krążenie.

Ostrość wzroku po leczeniu przedstawia tab. IV.

Poprawę ostrości wzroku uzyskano u 52,3% chorych, często bardzo znaczną, a u 17 widzenie podczas badań kontrolnych nie uległo pogorszeniu w porównaniu z badaniem w dniu przyjęcia. U 6 pacjentów, co stanowiło 28,6%, u których przy przyjęciu stwierdzono brak po-

W następstwie urazu głowy, przeważnie w wypadkach komunikacyjnych, dochodzi niekiedy do jednoczesnego złamania wielu kości twarzoczaszki i uszkodzenia w około 2% przyp. układu wzrokowego.

Nerw wzrokowy przebiegający w kanale kostnym w bezpośrednim sąsiedztwie zatoki klinowej jest narażony na uszkodzenia szczególnie przy urazach czołowo-podstawnych. Całkowita lub częściowa utrata wzroku jedno- lub obustronna występuje wtedy u około 0,8-0,12% chorych^{1-5, 7, 10, 11, 13}. W licznych publikacjach ciągle kontrowersje budzi metoda postępowania w przypadku urazów n. II.

Sano⁷ donosi, że u 80% tych chorych nie znaleziono w czasie kraniotomii złamania w obrębie kanału n. II, a te przypadki gdzie nerw wzrokowy został zniszczony są bardzo rzadkie. Przemawia to za zachowawczym leczeniem urazu. Również wg Matsuzaki⁶ poprawa ostrości wzroku nie różni się pomiędzy przypadkami, które poddano leczeniu chirurgicznemu a zachowawczym.

Celem naszej pracy jest własna ocena wyników leczenia zachowawczego w urazowym uszkodzeniu n. II. W latach 1980-1987 w naszej klinice leczono zachowawczo 21 chorych w wieku 18-77 lat, u których w następstwie tępego urazu czaszki doszło do uszkodzenia nerwu wzrokowego. Chorzy trafiali z reguły do kliniki w kilka lub kilkanaście godzin po urazie, tylko nie-liczni w 2-3 dobie po wypadku.

U wszystkich urazy dotyczyły jednego oka. Wiek i płęć chorych ujęto w tab. I.

Tabela I

Płęć chorych	Wiek w latach			
	18-30	31-40	41-50	>50
M	7	6	3	4
K	1	—	—	—

Wszyscy pacjenci mieli wykonane polne badanie okulistyczne połączone z rtg oczodołów, czaszki, w tym zdjęcia celowane na kanały nerwów wzrokowych i siodełko tureckie oraz ultrasonografię systemem A i B. W niektórych przypadkach wykonano również tomografię komputerową. Wszyscy chorzy byli konsultowani przez neurologa lub neurochirurga. Rodzaje stwierdzonych uszkodzeń układu wzrokowego przedstawia tab. II.

Badaniem radiologicznym stwierdzono w 14,2% przypadków złamanie w obrębie kanału n. II.

Tabela III

Ostrość wzroku	Brak poczucia światła	$\frac{1}{\infty}$ -4/50	5/50-5/25	5/16-5/12	5/10-5/8	5/5
n	6	11	1	1	2	0
%	28,6	52,4	4,8	4,8	9,5	0

Tabela IV

Ostrość wzroku	Brak poczucia światła	$\frac{1}{\infty}$ -4/50	5/50-5/25	5/16-5/12	5/10-5/8	5/5
n	6	6	4	0	0	5
%	28,6	28,6	19,0	0	0	23,8

Z Kliniki Okulistycznej AM w Białymstoku, kierownik: prof. dr med. Andrzej Stankiewicz

Reprint requests to: Prof. dr med. Andrzej Stankiewicz, ul. Skłodowskiej-Curie 24 A; 15-276 Białystok, Poland

osoby, 4 lata - 3 osoby, 2 lata - 2 osoby i poniżej 1 roku - 2 osoby.

Ostrość wzroku w czasie całego okresu obserwacji była identyczna jak w dniu wypisu z kliniki.

OMÓWIENIE

Badania kliniczne wielu autorów^{1, 2, 4, 7}, wskazują, że złamanie w kanale nerwu wzrokowego lub strupu oczodołu nie mają bezpośredniego wpływu na rokowanie dotyczące widzenia w przypadkach spowodowanych tępyimi urazami głowy.

Przegląd szeregu publikacji^{2, 4, 7, 11} prowadzi do konkluzji, że mechanizm uszkodzeń n. II po urazach głowy poza bezpośrednim zniszczeniem (przerwaniem) nerwu jest różnorodny i wiązany jest najczęściej z: krwotokiem (krwiakiem), zaburzeniami w krążeniu (pierwotnymi), niedokrwieniem (wtórne) i obrzękiem.

Te niebezpiecznie przyczyny mogą być usunięte za pomocą leczenia farmakologicznego, które we wczesnym okresie po urazie jest faktycznie efektywne.

Matsuzaki i współpr.⁶ uzyskali poprawę ostrości wzroku w grupie 33 chorych tylko w 42% przyp. z urazem n. wzrokowego leczonych operacyjnie w porównaniu z 58% leczonych zachowawczo.

Popieramy pogląd wielu autorów^{6, 7, 11}, że urazy nerwu wzrokowego należy leczyć intensywnie zachowawczo, a ewentualnie dalej, choć nie później niż po 14 dniach od urazu chirurgicznie, jeśli istnieją ku temu wskazania.

PISMIENNICTWO

1. Fukado Y.: Results in 600 cases of surgical decompression of the optic nerve. 23-th Council Ophthal. Acta II: 1136-1137 (1978). — 2. Fukado Y.: Clinical diagnosis and treatment of the ocular trauma. Folia Ophthal. Japan 31: 673-676 (1980). — 3. Kley W.: Die Unfalchirurgie der Schädelbasis und der pneumatisation Räume. Arch. Klin. Exp. Ohr-Nas-Kehlkopfch. 191: 3-189 (1968). — 4. Malukiewicz W., Rusinowa E., Ukleja Z.: Urazy oczodołu drażące do przedniego dołu czaszkowego. Klin. oczna 45: 667-671 (1975). — 5. Malecki J.: Postępowanie w urazach czołowo-podstawnych. Otolaryng. Pol. 25: 377-387 (1971). — 6. Matsuzaki H., Kunita M., Kawai K.: Optic nerve damage in head trauma. Clinical and experimental studies. Japan J. Ophthal. 26: 447-461 (1982). — 7. Sano K.: Traumatic visual disturbance. Acta Soc. Ophthal. Japan. 71: 1939-1949 (1967). — 8. Schmalz B., Schürmann K.: Traumatische Opticusschäden. Probleme der Ätiologie und operativen Behandlung. Klin. Mbl. Augenheilk. 159: 33-51 (1971). — 9. Suzuki T., Hoshi H., Mera H., Tazawa Y.: Statistic analysis of the results of transthemoidal decompression of the optic canal. Folia Ophthal. Japan. 30: 1719-1723 (1979). — 10. Ukleja Z., Malukiewicz W., Zlotowska H.: Postępowanie w urazach klutych twarzoczaszki drażących do przedniego dołu czaszkowego. Otolaryng. Pol. 28: 345-349 (1974). — 11. Ukleja Z., Malukiewicz W., Kazmierczak H., Weńska-Zlotowska H.: Rynochirurgiczne odbarczenie nerwu wzrokowego po urazach. Klin. oczna 81: 227-229 (1979). — 12. Walsh F.B., Hedges T.R.: Optic nerve sheath hemorrhage. Amer. J. Ophthal. 34: 509-527 (1951). — 13. Zakrzewski A.: Zespół krwotoków nosowych i ślepoty w następstwie pourazowego rozdarcia syfonu tętnicy szyjnej wewnętrznej. Otolaryng. Pol. 29: 149-158 (1975).

Praca wpłynęła: 20.04.1989 (nr 5550).