

Očna klinika Medicinskog fakulteta na Rijeci
(Predstojnik: prof. dr Davor Gligo)

Neuropsihijatrijska klinika Medicinskog fakulteta na Rijeci
(Predstojnik: doc. dr Slobodan Cuk)

OFTALMOLOŠKE MANIFESTACIJE KOD MULTIPLE SKLEROZE

A. VESELINOVIĆ i J. SEPČIĆ

Moderna medicinska literatura obiluje epidemiološko-kliničkim studijama o multiploj sklerozi. Ipak, ni do danas nisu poznati ni uzroci ni patogeneza te bolesti, te njezino liječenje i profilaksa ostaju još neriješeni.

Pojava benignih oblika, epizodična priroda bolesti sa remisijama i egzacerbacijama, različita dužina remisivnih intervala, oligosimptomatske forme, velika sličnost sa ostalim neurološkim sindromima koji imaju kao supstrat diseminiranu leziju živčanog tkiva, raznolikost slika i različitost pojava, akutnih ili podmuklih, otežavaju dijagnostički kriterij te bolesti.

Tako se i u literaturi koja tretira poglavlje demijelinizacionih sindroma ističe različitost dijagnostičkih postavki (1).

Komisija za biometriju i genetiku Svjetske federacije za neurologiju preporučuje podjelu slučajeva multiple skleroze na latentne, vjerojatne i moguće.

Kao latentne slučajeve smatramo one bolesnike sa minimalnim ili neobjektivnim nalazom čije povijesti bolesti sadrže podatke o pojavama tranzitornih znakova. Isti su obično vrlo često udruženi sa multiplom sklerozom, kao slabost vida, diplopije, vrtoglavica, pa-

restezije itd. U ovu grupu ne ubrajamo bolesnike sa izoliranim retrobulbarnim neuritisom.

Vjerojatnim bolesnicima sa multiplom sklerozom smatraju se oni koji pokazuju jasne organske neurološke deficite koji se mogu objasniti samo kao izraz diseminacije u CNS-u. Slučajevi pokazuju povremene remisije. Dijagnoza se postavlja bez opravdanih kliničkih sumnji.

U grupi mogućih nalaze se bolesnici sa definitivnim organskim lezijama CNS-a ali sa nedostatkom dovoljne evidencije za diseminiranost oštećenja na različitim nivoima živčanog sistema. Tok bolesti ovih slučajeva je više kronično progresivan, bez remisioh intervala (2).

Navedeni kriterij primjenili smo u našoj epidemiološko-kliničkoj analizi bolesnika sa multiplom sklerozom koji su bili hospitalizirani na Neuro-psihijatrijskoj i Očnoj klinici Medicinskog fakulteta na Rijeci i u Općoj bolnici »Braća dr Sobol« u razdoblju od 1945. do 1969. godine.

U tom intervalu bilo je liječeno 509 bolesnika sa dijagnozom multiple skleroze. Prema pomenutom kriteriju utvrdili smo 332 bolesnika sa multiplom sklerozom, od toga 145 muških, a žena 187.

TABELA 1

Dob	Broj bolesnika
0—19	29
20—29	100
30—39	119
40—49	58
50—59	26

S obzirom na dob, najveći broj bolesnika obolijeva između 20 i 40 godine. Najmlađi bolesnik imao je 14 godina, dok smo u dobi od 50 do 60 godine imali čak 26 bolesnika.

U dvije trećine slučajeva bolest je pokazivala valovit tok sa egzacerbacijama i remisijama.

Najčešći klinički oblici bili su spinalni (103 slučajeva) i spinopontocerebelarni (78 slučajeva). Začudujuće visok bio je postotak cerebralnih (hemiplegičnih) oblika (62 slučaja).

TABELA 2

Klinički oblici	Broj bolesnika
spinalni	103
cerebralni	62
spinopontocerebelarni	78
bulbopontini	39
oligosimptomatski	38
atipični (specijalni)	12
nepriзнati	177
(izolirani n. retrobulbaris)	(7)

Epidemiološka raspodjela pokazala je skoro ekvivalentnu rasprostranjenost oboljenja u Kvarnerskom kraju i Gorskom kotaru. Iz SR Slovenije imali smo 15 bolesnika, pretežno iz područja Kočevje.

TABELA 3

Područje	Broj bolesnika
Gorski kotar	112
Hrvatsko primorje	100
Istra	30
Dalmacija	23
Slovenija	15
Ostalo	52

Analiza ovog obilnog materijala omogućila je da posebno izdvojimo tzv. očne oblike multiple skleroze koji se izražavaju ili *senzornim* deficitima — neuritis retrobulbaris, neuritis n. optici, defekti vidnog polja (centralni skotomi, homonimne hemianopsije), ili *motornim* oštećenjima — diplopije, djelomične ili potpune klijevnuti bulbomotora, oštećenja konjugiranog pogleda i anomalije zjenice.

Okularna simptomatologija multiple skleroze je vrlo učestala i prema statističkim analizama i našim podacima zauzima dobrih 30% početnih oblika ove raznolike bolesti, »grande imitatrice et grande imitée de la neurologie« (van Bogart).

U kroničnoj fazi oboljenja susrećemo se skoro uvijek sa raznim simptomima očnog porijekla: nystagmus se javlja skoro kod 70% bolesnika, temporalna bljedoća papillae n. optici kod 50%, diplopia često i do 34% slučajeva.

Učestalost neurooftalmoloških deficita tumači se samim obilježjima patohistološkog supstrata i još nepoznatim patogenetskim zbivanjima bolesti.

Demijelinizacioni proces selektivno zahvaća naročito bijelu supstanciju živčanog sistema u obliku mnogobrojnih žarišta, diseminiranih, anarhično i simultano, u različitim nivoima mozga, moždanog debla itd.

Stoga ne iznenađuje ako optički sistem, koji je anatomski toliko prostran, bude zahvaćen tim razaranjem.

Na shematski način iznijet ćemo subjektivne simptome, kao i objektivne nalaze najučestalijih neurooftalmoloških slika u našoj kazuistici ove osobite bolesti.

Od ukupno 332 bolesnika sa multiplom sklerozom inicijalne očne simptome pokazuje njih 79 (24%).

Diplopiju je imalo 49 bolesnika, zamagljenje vida 28. Jedan je bolesnik opisivao početne znakove kao »zamaranje očiju« a kod drugog je ambulantno slučajno pronađen Förster-Kenneddyjev sindrom.

Neuritis optica bio je češći početni znak u relativno manjem broju slučajeva multiple skleroze sa akutnim početkom.

Vrijednost naše inicijalne okularne simptomatike (24%) umnogome se slaže sa vrijednostima radova Crolla (27%), Shlossmana i Phillipsa (30%), Yaskina i sur. (27%) i drugih (3, 4, 5).

U našoj grupi 42 bolesnika pokazivala su simptome retrobulbarnog i optičnog neuritisa. Dio bolesnika bio je perimetriran, od kojih su 24 pokazivala oštećenja vidnog polja. Kod 12 bolesnika osnovni kampimetrijski ispad bio je masivni centralni skotom, općenito gust i apsolutan. Kod desetorice pacijenata ovaj je skotom bio udružen sa perifernim ispadima vidnog polja. Jedan je slučaj pokazivao homonimnu hemianopsiju, drugi kvadrianopsiju.

Željeli bismo naglasiti relativno visoku incidenciju diplopija u početku multiple skleroze.

Od 49 slučajeva sa diplopijama u početnoj fazi bolesti samo kod 14 je bulbotorni deficit bio jedini inicijalni znak afekcije (monosimptomatski početak). Prema dostupnoj literaturi o modalitetu početka bolesti monosimptomatski oblici dolaze u cca 45% slučajeva (6).

U drugim slučajevima diplopije su bile udružene sa drugim znacima: glavoboljom, vrtoglavicom, parestezijama, motornom slabošću facijalnog živca, naznačenim iritativnim znacima piramidalnog tipa itd.

Jasno definirane oftalmoplegije su rijedak početni simptom oboljenja. U našem materijalu našli smo samo 4 slučaja multiple skleroze sa vanjskom oftalmoplegijom u inicijalnoj fazi bolesti.

Pareza n. abducentis je bila najčešći deficit bulbotora: 42 puta od ukupnog broja bolesnika, 33 puta među početnim znacima bolesti — redovito je ispad bio unilateralan, a rjeđe bilateralan.

Udružena lezija n. oculomotoriusa i n. abducensa nađena je sedam puta, dok je izolirano oštećenje n. trochlearisa nađeno kod osam bolesnika.

U drugoj grupi bolesnika, koji su pokazivali drugu početnu simptomatologiju, okularne manifestacije javile su se u pojedinim intervalima egzacerbacije tako da je od ukupno preostalih 253 bolesnika na dan određivanja prevalencije ostalo bez očnih manifestacija samo 45. Redom su to bili slučajevi kroničnog progresivnog toka, bez remisijih intervala, a po kliničkoj slici skoro svi su spinalnog oblika.

Zanimljivo je da je oftalmolog prvi postavio dijagnozu multiple skleroze u 8% slučajeva.

Oftalmološki pregled naših bolesnika otkriva čitav niz promjena na oku, kao:

a) Temporalna dekoloracija papillae n. optici opisana kod 91 bolesnika.

b) Sigurna papilarna atrofija kod 42 bolesnika.

c) Vaskularne promjene po tipu periphlebitis retinae, »ukoričenje«
retinalnih vena kod dva slučaja (2, 5%). Ovaj karakterističan izraz očne simptomatike multiple skleroze je opisno interesan-

tan. »U izvjesnoj udaljenosti od papillae n. optici vene su obrubljene labavom, pahuljastom, sivkastobijelom ogrtaču sličnom korici. Tok suda se mjestimično teško prepoznaje.« Sličan opis daje W. Doden (7), E. J. Field i J. B. Foster (8). Podaci o učestalosti tog simptoma variraju između 10% do 40% bolesnika. I. Stanković i D. Pišteljić, koji su prvi u našoj medicinskoj literaturi opisali tu sliku, utvrdili su postojanje periflebitičkih promjena u 6,02% bolesnika njihove kazuistike (9). De Laet H. A., koji je imao prilike pregledavati vlastitu seriju bolesnika od multiple skleroze višekratno i pretežno u egzacerbacijama, pronašao je tu promjenu čak u 40% slučajeva. On smatra da te »paravenozne crte« nisu patognomonične za multiplu sklerozu jer se mogu naći kod drugih oboljenja živčanog sistema (10).

d) Vijugavost vena kao znak ranog simptoma kod multiple skleroze spominju mnogi autori (11). Kod naših bolesnika spomenuta je manifestacija rijetko nađena, tek u 2,5% slučajeva.

e) Sljepoću kao posljedicu multiple skleroze nismo opazili kod naših bolesnika. Oštećenje vida do amauroze pretežno na jednom oku imalo je 24 bolesnika.

f) Pupilarne smetnje ne postoje kao karakteristika za demijelinizacioni sindrom. Ustanovili smo kod uznapredovalih slučajeva 52 slučaja lagane anizokorije. Pratili smo jedan slučaj sa pupilotonijom. Kod dva bolesnika uz remitentni tok bolesti razvio se Hornerov sindrom. Ovaj sindrom rijetko se spominje u literaturi kao okularna manifestacija demijelinizacionog procesa (12).

g) Pošto se patogeneza bolesti odigrava pretežno u bijeloj supstanciji mozga i moždanog debla, može se zaključiti da deficiti bulbomotorike nisu toliko izraz oštećenja motornih jezgara odgovarajućih kranijalnih živaca koliko asocijativnih puteva koji vezuju ove areale međusobno. Stoga je lezija bulbomotorike prisutna uvijek u velikom postotku. O vrijednosti diplopije kao početnom znaku bolesti bilo je već govora. Bolesnici često ne poklanjaju dovoljno pažnje ovom simptomu zbog kratkoće trajanja, nekoliko dana do nekoliko tjedana. Malobrojne su centralne povrede očnih živaca u našoj kazuistici: jedna bolesnica pokazuje u prvoj fazi bolesti vertikalnu klijenut pogleda. Paralizu konjugiranog pogleda našli smo kod 4 bolesnika, a samo jedan kronični bolesnik pokazivao je kompletnu disocijaciju konjugirane pokretljivosti očiju u vertikal-

nom i horizontalnom pravcu. Walsh smatra da je sjedište lezije kompletne okularne disharmonije u fasciculus longitudinalis posterior (13).

h) Kod šest bolesnika našli smo grč konvergencije. Redovito su to bolesnici kod kojih se teško razlikuje slika diseminirane lezije CNS od slike konverzivne ili posttraumatske neuroze. U daljnjem toku bolesti 4 bolesnika klasificirani su kao nepriznati slučajevi multiple skleroze, jer rješenjem rentnog pitanja riješilo se i pitanje njihove somatske simptomatike.

i) Od Charcotovih vremena nystagmus se uzima kao jedan od osnovnih znakova multiple skleroze. Spominje se u cca 70% slučajeva različitih statističkih analiza. U našoj kazuistici nađen je kod 115 bolesnika, tj. u 34% slučajeva. Kod 104 bolesnika je bio horizontalnog, kod 7 vertikalnog i kod 4 rotatornog tipa. Nismo opazili pojavu kombinatornog nistagmusa.

Prema našem iskustvu iz obilno prikazane kazuistike jednom manifestirani nystagmus ostaje, tj. ne pokazuje sklonost remisiji, a što se događa sa ostalim znacima bolesti.

Rezultati našeg rada pokazuju da oftalmološkim simptomima u dijagnostici multiple skleroze treba posvetiti veću pažnju.

LITERATURA

1. McAlpine D., Lumsden C. E., Acheson E. D.: Multiple Sclerosis, E. & S. Livingstone Ltd. Edinburg & London, 1965.
2. Alison R. S.: Proc. Roy. Soc. Med., 54, 1, 1961.
3. Croll M.: Am. J. Ophth., 60, 822, 1965.
4. Schlossmann A., Phillips C. C.: Am. J. Ophth., 37, 487, 1954.
5. Yaskin Y. C., Spaeth, E. B., Verlund R. J.: Am. J. Ophth., 34, 687, 1951.
6. Atti Convegno Internazionale Sclerosis Multipla. Centro Studi Sclerosis multipla, Callarate, 1966.
7. Doden W.: Dtsch. Med. Wschr., 82, 1866, 1957.
8. Field E. J., Foster J. B.: J. Neurol. Neurosurg. Psychiat, 25, 269, 1962.
9. Stanković I., Pišteljić D.: Acta Ophthal. Iug., 1, 7, 1963.
10. De Laet H. A.: Acta Neurol. Bel., 63., 384, 1963.
11. Cernea, P., Pendefunda, G., Stefanache F.: Oftalmologia, 12, 33, 1968.
12. Leibowitz V., Alter M.: Acta Neurol. Scand., 40, 70, 1968.
13. Walsh F. B.: Clinical Neuroophthalmology, Williams & Wilkins Comp. Baltimore, 1957.

*Department of Ophthalmology, School of Medicine, Rijeka
(Director: Prof. Davor Gligo, M.D.)*

*Department of Neuropsychiatry, School of Medicine, Rijeka
(Director: Doc. Slobodan Čuk, M. D.)*

OPHTHALMOLOGIC MANIFESTATIONS IN MULTIPLE SCLEROSIS

by

A. VESELINOVIĆ and J. SEPČIĆ

The authors of this paper report the results of an analysis carried out over 509 patients with the diagnosis of multiple sclerosis. These patients were hospitalized at the neurophysiology and eye hospital in the course of 25 years.

The authors agree with a well known fact of the prevalence of this disease in Hrvatsko Primorje and Gorski kotar. They stress the importance of eye manifestation in a very varied clinical picture of this disease.

On the grounds of their own classification of multiple sclerosis in to potential and confirmed cases the authors single out 177 patients as unconfirmed, among whom 7 cases isolated with optic neuritis.

Out of the total number of 332 patients with multiple sclerosis the disease manifests itself with the initial ocular symptomatology in 79 cases. Diplopia was found in 49 cases, and in 29 cases exhaustion and blur vision prevail.

These 79 patients with the initial ocular symptomatology point out the importance and the possibility of an early discovery of disseminated lesion CNS type multiple sclerosis by ophthalmologists.

Rad primljen 10. IX 1970.