

ОТОК НА ПАПИЛАТА НА ЗРИТЕЛНИЯ НЕРВ – ДИАГНОСТИЧНИ И ТЕРМИНОЛОГИЧНИ ПРОТИВОРЕЧИЯ

А. Цукева

Key words: *optic disc edema, papilledema, pseudo-papilledema*

Отокът на папилата на зрителния нерв се явява общ отговор на много и различни патологични процеси. Противоречията в английската терминология датират от 1800 г., когато наричат всички случаи на оток на оптичния диск “оптичен неврит”, независимо, че не винаги причините за появата му са възпалителни. В същото време Parsons за първи път през 1908 г. използва понятието “папиледем”, по-популярно в българската литература като “застойна папила”, за оток на папилата на зрителния нерв, свързан с повишеното вътречерепно налягане (ВЧН). Част от авторите приемат това ново понятие, но други като Foster Kennedy в своята прочута монография “Ретробулбарният неврит като един точен диагностичен белег за някои тумори и абсцеси във фронталния лоб”, продължават да използват старото понятие “неврит”, имайки предвид оток на оптичния диск в резултат на повишено ВЧН. Първите подробни морфологични работи върху отока на оптичния диск са публикувани през 1911 г. В тях невъзпалителният “пасивен оток”, асоцииран с нормална зрителна острота при пациенти с повишено ВЧН се идентифицира с понятието папиледем, за разлика от “оптичният неврит”, свързан с локално или системно

Optic disc swelling is a common response of the optic disc to many pathologic disorders, affecting the optic nerve. It is important to keep in mind that not all swollen optic discs constitute optic disc edema. Many benign clinical entities, as optic nerve drusen, congenitally swollen optic discs, seen often in hypermetropes or myelinated RNFL may be mistaken for optic disc edema. For optic disc swelling, secondary to different causes, as compressive, inflammatory, infiltrative, and toxic, the term optic disc edema must be used. Papilledema is a specific form of disc edema, resulting from elevated intracranial pressure. Management of optic disc edema, papilledema or pseudo-papilledema begins with a correct diagnosis. Fundoscopy, noting disc swelling, is the key to diagnosis, but other diagnostic tools, including B-scan ultrasound, fluorescein angiography, CT, MRI, and MRV imaging may help to identify the causes. There are three critical terminological points to remember: papilledema is not the same as optic disc edema or pseudo-papilledema. The neuro-ophthalmologist may take care to distinguish these disorders and initiate proper management in all cases, especially in the true papilledema, as a potentially life-threatening situation.

възпаление. В други научни публикации се разграничава терминът “невъзпалителен папиледем” от “възпалителен папиледем”. Всички тези терминологични различия водят до етиологични, клинични и терапевтични проблеми (3,5).

В съвременната англосаксонска литература терминът “оток на папилата на

Катедра по Нервни болести,
Медицински Университет
“Проф. д-р Параскев Стоянов” - Варна

зрителния нерв” се свързва с много и различни етиологични причини: вътреочни възпалителни процеси, в т.ч. системни автоимунни заболявания – саркоидоза, лупус, токсоплазмоза, увеити и др.; оптични неврити/папилити – с най-честа причина МС; предна исхемична артериална оптикопатия или гигантоклетъчен темпорален артериит; доброкачествен папилофлебит; неартериална предна исхемична оптикопатия; инфилтративна оптична невропатия, причинена от левкоза, лимфом, миелом, туберкулоза, саркоидоза, токсоплазмоза; компресионна оптична невропатия – тумор на зрителния нерв, туморна маса в орбитата, тиреоидна офталмопатия; диабетна папилопатия; хипертонична хипертензивна невропатия; токсични невропатии. Невроофтальмологичната симптоматика на това, най-често едноочно проявяващо се нарушение, се владее от намалено зрение, настъпило внезапно или постепенно в зависимост от етиологичната причина, както и от болка зад очната ябълка или при движението ѝ (5,7,9,13,15).

Папиледемът или застойната папила се разглежда като специфична форма на отока на оптичния диск, асоциирана с доказано повишено ВЧН. Като причина може да се обсъжда: процес, заемащ вътречерепното пространство (ПЗВЧП) – тумор, киста, интрацеребрален хематом, абсцес; намален ликворен дренаж – обструктивна хидроцефалия, намалена абсорбция от инфекции, хеморагии, тромбоза на венозен синус; идиопатична интракраниална хипертензия; повишена продукция на цереброспинална течност – тумор на хориоидния плексус, намаляване обема на черепа – краниостеноза. Клиничната картина в тези случаи се владее от симптомите на повишено ВЧН – главоболие, най-често челно, гадене, сутрешно повръщане, диплопия, причинени от пареза на VI ЧМН (n.abducens). Зрителната острота при застойна папила е нормална, с изключение на оплакванията от “временни притъмнявания”.

В случаите с оток и хеморагии в макулата или вторична исхемична оптична невропатия, водеща до вторична атрофия – зрението намалява. Периметрията демонстрира обикновено единствено разширено сляпо петно (2,5,8,9,12).

Застойната папила е проява най-често на застрашаващо живота състояние, изискващо спешно поведение. Условие за правилното поведение в тези случаи е точната диагноза, като преди всичко е необходимо да се изключи псевдозастойна папила. В литературата са описани случаи на многогодишно лечение на идиопатична интракраниална хипертензия при пациенти с псевдозастойна папила. Последната се свързва с друзи на папилата или с висока хиперметропия, които се проявяват с размазани граници, минимална проминенция и най-вече нормално съотношение на перипапилерните артерии и вени (1,4,5,6,9,10). Истинският оток на папилата на зрителния нерв, както и застойната папила в частност, се характеризират с 5 механични белега: загуба на физиологичната екскавация, проминенция на диска, размазване на границите, оток на перипапилерните нервни влакна, ретинни/хориоидални стрии (концентрични или радиерни) и 5 съдови белега: хиперемия на оптичния диск, венозна конгестия, перипапилерни хеморагии, инфаркти на нервните влакна – т.н. памуковидни петна, сухи ексудати. Следващата стъпка в изследване на процеса е оценяване еволюцията на развитие на отока на папилата на зрителния нерв и е със следните специфични характеристики: ранен оток на папилата, развит оток на папилата, хроничен оток на папилата и вторична оптична атрофия (1.3). Предвид значението на всички описани белези, фундоскопията е един от основните диагностични методи, като за прецизиране се прилагат допълнително и ултрасонография, флуоресцеинова ангиография (FAG), оптична кохерентна томография (ОСТ). В случаите на предполагаема застойна па-

пила, с цел изясняване причините на повишеното ВЧН, още в първите 24 часа е необходимо провеждането на невроизобразяващи изследвания – компютърна томография (СТ), магнитно-резонансна томография (MRI), магнитно-резонансна венография (MRV), както и на лумбална пункция (LP) – за измерване на ликворното налягане (11,14).

Успешното лечение, често интердисциплинарно между офталмолози, невролози и неврохирурзи, медикаментозно или хирургично, зависи от точната диагностика и изясняване причините, довели до оток на папилата на зрителния нерв или застойна папила.

В заключение е необходимо да се подчертаят няколко опорни пункта, касаещи съвременните диагностични особености и терминологични понятия, свързани с описаната патология на диска на зрителния нерв. На първо място - не всяка папила с размазани граници представлява оток на папилата на зрителния нерв. В много случаи се касае единствено за псевдооток, причинен от друзи на папилата или висока хиперметропия.

На второ място – отокът на папилата на зрителния нерв е понятие, включващо много и различни етиологични причини. Не на последно място - не всеки оток на диска на зрителния нерв трябва да се идентифицира с термина “застойна папила” или “папиледем”. Последното понятие може да се използва единствено в случаите на предимно двуочен оток на папилата и клинични белези на повишено ВЧН, с последващо навременно обективизиране на повишеното ВЧН чрез MRI или LP и изискване за спешно поведение.

Правилното и точно разграничаване на понятията оток на папилата на зрителния нерв, застойна папила/папиледем и псевдозастойна папила/псевдопапиледем са условия за точна диагноза, адекватно и навременно лечение от мултидисциплинарен екип.

ЛИТЕРАТУРА

1. Carta A., Favilla S., Prato M., Bianchi-Marzoli S., Sadun A., Mora P. Accuracy of funduscopy to identify true edema versus pseudooedema of the optic disc. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 2012;53(1):1-6.
2. Digre K., Nakamoto B., Warner J., Langeberg W., Baggaley S., Katz B. A comparison of idiopathic intracranial hypertension with and without papilledema. *Headache.* 2009;49(2):185-193.
3. Friedman D. Papilledema in Miller N., Newman N.(eds). *Walsh and Hoyt's Clinical Neuro-Ophthalmology, 6th Ed. Vol.1.* Lippincott, Williams and Wilkins. 2005;237-291.
4. Johnson L., Diehl M., Hamm C., Sommerville D., Petroski G. Differentiating Optic Disc Edema From Optic Nerve Head Drusen on Optical Coherence Tomography. *Arch Ophthalmol.* 2009;127(1):45-49.
5. Jung J., Baek S., Kim U. Analysis of the causes of optic disc swelling. *Korean J Ophthalmol.* 2011;25(1):33-36.
6. Lee K., Woo S., Hwang J. Differentiation of optic nerve head drusen and optic disc edema with spectral-domain optical coherence tomography. *Ophthalmology.* 2011;118(5):971-977.
7. Li S., Gilbert M., Chavis P. Bilateral optic disc swelling plus. *Surv Ophthalmol.* 2012;57(2):195-199.
8. Mathews M., Sergott R., Savino P. Pseudotumor cerebri. *Curr Opin Ophthalmol.* 2003;14(6):364-370.
9. Rougier M. Diagnosing bilateral papilledema. *J Fr Ophtalmol.* 2010;33(6):424-429.
10. Sahin A., Cingü AK., Ari S., Cinar Y., Caça I. Bilateral optic disc drusen mimicking papilledema. *J Clin Neurol.* 2012;8(2):151-154.

11. Savini G., Bellusci C., Carbonelli M., Zanini M., Carelli V., Sadun A., Barboni P. *Detection and Quantification of Retinal Nerve Fiber Layer Thickness in Optic Disc Edema Using Stratus OCT. Arch Ophthalmol.* 2006;124(8):1111-1117.
12. Sinclair A., Burdon M., Nightingale P., Matthews T., Jacks A., Lawden M., Sivaguru A., Gaskin B., Rauz S., Clarke C., Ball A. *Rating papilloedema: an evaluation of the Frisén classification in idiopathic intracranial hypertension. J Neurol.* 2012; 259(7):1406-1412.
13. Vaphiades M. *The disk edema dilemma. Surv Ophthalmol.* 2002; 47(2):183-188
14. Wang J., Kardon R., Kupersmith M., Garvin M. *Automated quantification of volumetric optic disc swelling in papilledema using spectral-domain optical coherence tomography. Invest Ophthalmol Vis Sci.* 2012;53(7):4069-4075.
15. Woo S., Kim M., Park K., Lee Y., Hwang J. *Resolution of recalcitrant uveitic optic disc edema following administration of methotrexate: two case reports. Korean J Ophthalmol.* 2012;26(1):61-64.

Адрес за кореспонденция:
доц.д-р Александра Цукева, дм
Катедра по Нервни болести
МУ "Проф. Д-р П.Стоянов"
9002, Варна, ул. Марин Дринов 55
e-mail: al_tz@abv.bg