

Magdalena Homziuk,
Leopold Glasner

Katedra i Klinika Chorób Oczu
Akademii Medycznej w Gdańsku

Nagłe pogorszenie ostrości wzroku jako pierwszy objaw białaczki — opis przypadku

STRESZCZENIE

Prezentowano przypadek młodego, 41-letniego mężczyzny, u którego nagłe pogorszenie ostrości wzroku było objawem białaczki. Zaburzenia widzenia były pierwszym objawem choroby. Retinopatię białaczkową stwierdza się rzadko. Należy ją jednak uwzględniać w różnicowaniu chorobowym, kiedy na dnie oka pojawiają się zmiany o niejasnej etiologii, a chory zgłasza pogorszenie widzenia o nieznaną przyczynę.

Forum Medycyny Rodzinnej 2008, tom 2, nr 4, 326–330

słowa kluczowe: ostrość wzroku, białaczka

Podstawowe badanie okulistyczne należy do kompetencji lekarza rodzinnego. Czasami charakter zmian wymaga konsultacji specjalistycznej. Z reguły lekarz okulista udzielający licznych konsultacji dysponuje rozpoznaniem ostatecznym lub wstępnym choroby, która wymaga oględzin narządu wzroku. Natomiast stosunkowo rzadko zdarza się, aby objawy okulistyczne były pierwszymi zwiastunami choroby ogólnej i by to okulista jako pierwszy postawił jej rozpoznanie.

Tak właśnie było w przypadku, który przedstawiono w niniejszym artykule.

OPIS PRZYPADKU

Pacjent C.M., 41 lat, z zawodu kierowca, dotychczas internistycznie i okulistycznie

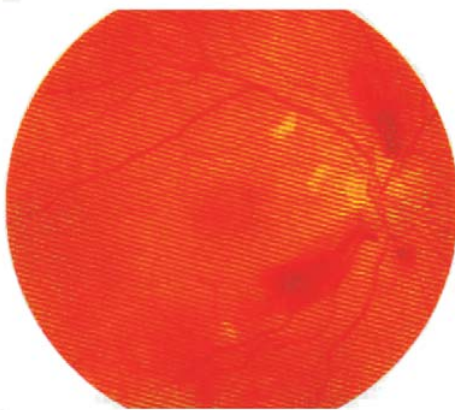
zdrowy, zgłosił się do Ambulatorium Okulistycznego Kliniki Chorób Oczu Akademii Medycznej w Gdańsku. Zgłaszał dolegliwości w postaci nagłego bezbolesnego pogorszenia ostrości wzroku i pojawienia się mroczka centralnego w polu widzenia prawego oka. Objawy wystąpiły 6 godzin przed badaniem okulistycznym. Nie były poprzedzone wysiłkiem fizycznym, urazem czy dolegliwościami ogólnymi.

W badaniach okulistycznych przeprowadzonych w chwili przyjęcia stwierdzono:

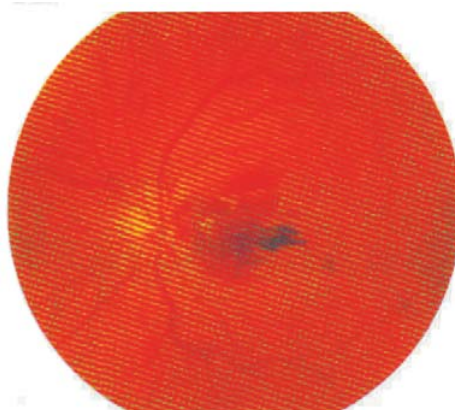
- V. oc. dex = 0,3 — korekcja nie poprawiała ostrości wzroku,
- V. oc. sin = 0,6cc–0,75 dsph = 0,8,
- T. oc. dex = 15 mm Hg — norma,
- T. oc. sin = 14 mm Hg — norma,
- odcinek przedni O.P. i O.L. — bez zmian.

Adres do korespondencji:

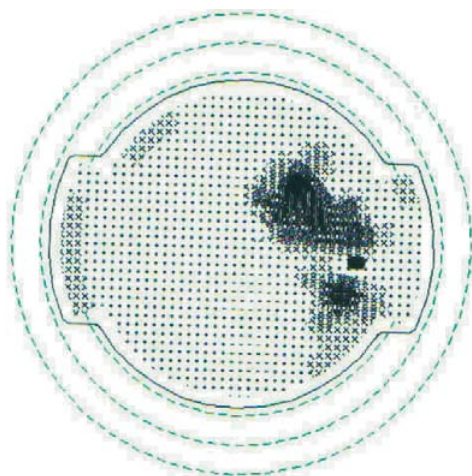
dr med. Magdalena Homziuk
Katedra i Klinika Chorób Oczu
Akademia Medyczna w Gdańsku
ul. Dębinki 7a, 80–211 Gdańsk Wrzeszcz
e-mail: mhom@amg.gda.pl
tel.: 0602–642–095



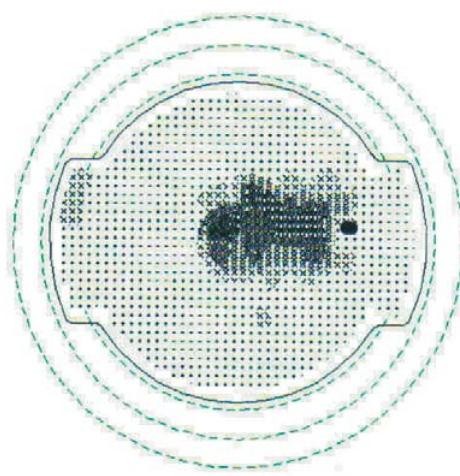
Rycina 1. Obraz dna prawego oka — pierwsze badanie



Rycina 2. Obraz dna lewego oka — pierwsze badanie w dniu przyjęcia



Rycina 3. Pole widzenia prawego oka w dniu przyjęcia



Rycina 4. Pole widzenia lewego oka w dniu przyjęcia

Tarcza nerwu II oraz naczynia tętnicze i żyłne były prawidłowe na dnie prawego oka. W okolicy tarczy i plamki była widoczna rozległa, świeża, pierzasta wybroczyna przedsiatkówkowa (ryc. 1).

Oglądając dno lewego oka stwierdzono, że obraz tarczy nerwu wzrokowego nie odbiegał od normy, natomiast pierzaste wybroczyny przedsiatkówkowe były obecne w obszarze tarczowo-plamkowym. Naczynia tętnicze i żyłne miały prawidłowy kaliber i przebieg (ryc. 2).

Poza fotografiami dna obu oczu oznaczono statyczne pole widzenia prawego i lewego oka (ryc. 3, 4).

Chory nie miał nadciśnienia tętniczego ani cukrzycy. Ciśnienie tętnicze wynosiło 130/70 mm Hg, a oznaczone glukometrem stężenie cukru — 76 mg/100 ml.

Wobec braku uchwytnej przyczyny obserwowanych zmian ocznych zalecono konsultację u lekarza rodzinnego oraz kontrolę okulistyczną za 3 dni.

Pacjent nie zgłaszał żadnych dolegliwości ogólnych. W badaniu przedmiotowym stwierdzono powiększenie śledziony. Wykonane badania krwi wykazały znaczną leukocytozę — 438 tys./mm³ (tab. 1). Na podstawie przeprowadzonego badania mikrosko-

Tabela 1

**Morfologia krwi obwodowej
a występowanie objawów okulistycznych**

Data badania	Leukocyty × 1000/mm ³	Objawy oczne
14.08	438,0	+++
17.08	272,5	++
21.08	117,8	++
22.08	67,0	+
25.08	15,79	—
26.08	9,01	—
09.09	4,28	—
14.10	200,00	++
21.10	48,0	—
10.11	3,7	—

powego i cytologicznego szpiku oraz obrazu krwi obwodowej postawiono rozpoznanie przewlekłej białaczki szpikowej. Chorego skierowano do kliniki hematologii, gdzie wdrożono leczenie celowane.

W badaniu okulistycznym po 3 dniach nie wykazano istotnych różnic w porównaniu z poprzednim badaniem. W dalszym ciągu w lewym oku można było dostrzec dużą wybroczynę i obrzęk siatkówki w okolicy plamki. Podobnie jak podczas wcześniejszego badania, na obwodzie dna obu oczu były widoczne pierzaste i punkcikowate wybroczyny. Ostrość wzroku obu oczu nie uległa zmianie. Oprócz terapii hematologicznej kontynuowano wcześniejsze zalecenia okulistyczne, podając pacjentowi ogólnie leki uszczelniające naczynia krwionośne.

Po uzyskaniu remisji hematologicznej stwierdzono również poprawę obrazu okulistycznego. Zaobserwowano całkowite wchłonięcie się pierzastych wybroczyn obecnych na obwodzie dna obu oczu, a następnie stopniowe powolne zmniejszanie się wybroczyny widocznej w obszarze plamkowym lewego oka, łączyło się z poprawą widzenia tym okiem.

Początkowo ostrość wzroku prawego oka wzrosła do V. oc. dex = 0,5 w ciągu 14

Tabela 2

**Zmiana wielkości śledziona
w kolejnych badaniach**

Data	Wielkość
14.08	Do pępka
18.08	9,5 cm
19.08	9,0 cm
21.08	7,5 cm
26.08	4,0 cm

dni, a następnie w ciągu kolejnych 4 tygodni poprawiła się do V. oc. dex = 0,7.

Każde, nawet nieznaczne, podwyższenie poziomu białych krwinek powyżej 50 mm³/mm³ powodowało natychmiastową progresję objawów okulistycznych w postaci pojawienia się pierzastych i punkcikowatych wybroczyn na dalekim obwodzie dna obu oczu (tab. 2). Pojawienie się tych zmian wiązało się z równoczesnym spadkiem ostrości wzroku, tylko lewego oka, o 1–2 rzędy z tablicy Snellena.

Pacjent pozostawał pod kontrolą okulistyczną przez 6 miesięcy. W czasie ostatniego badania okulistycznego stwierdzono ostrość wzroku prawego oka wynoszącą V. oc. dex = 0,9–1,0. Obraz dna oka i pola widzenia były prawidłowe (ryc. 5, 6). W badaniu dna oka nie stwierdzono obserwowanej wcześniej wybroczyny w okolicy plamki. Jedyną widoczną zmianą było niewielkie pofałdowanie siatkówki w jej okolicy. Ostrość wzroku lewego oka wynosiła — V. oc. sin = 0,9cc–0,75Dsph = 1,0. Dno oka i pole widzenia lewego oka były prawidłowe (ryc. 7, 8).

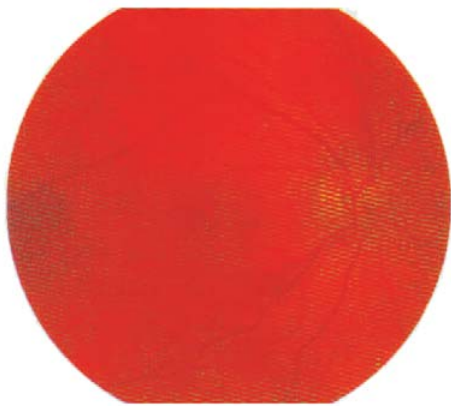
Remisję uzyskano w wyniku leczenia hematologicznego. Następnie chorego zakwalifikowano do transplantacji szpiku.

OMÓWIENIE

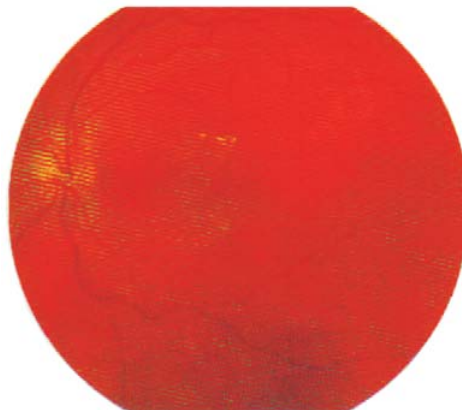
Objawy oczne mogą być pierwszymi zwiastunami białaczki szpikowej [1]. Częściej występują w białaczkach ostrych. Mogą pojawić się w każdej strukturze oka



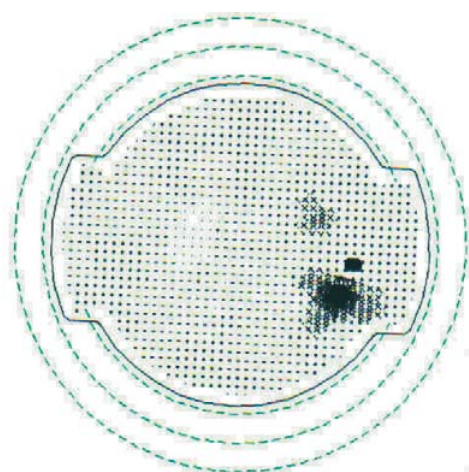
**Objawy oczne
mogą być pierwszymi
zwiastunami białaczki
szpikowej. Częściej
występują
w białaczkach ostrych**



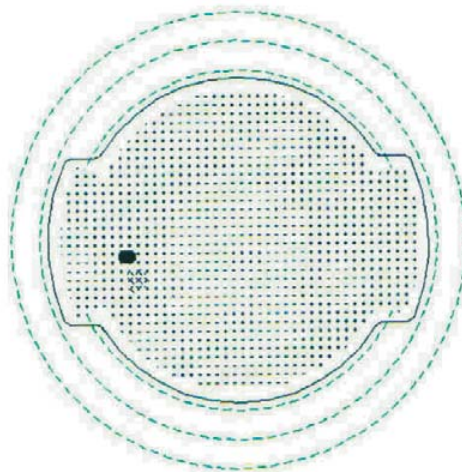
Rycina 5. Dno prawego oka po leczeniu



Rycina 6. Dno lewego oka po leczeniu



Rycina 7. Pole widzenia prawego oka po leczeniu



Rycina 8. Pole widzenia lewego oka po leczeniu

[2–6]. Najczęściej są opisywane w postaci zmian na dnie oka. W badaniu okulistycznym można stwierdzić:

- krwotoki siatkówkowe i naczyńówkowe,
- obrzęk siatkówki,
- obecność plamek Rotha (wybroczyn z jaśniejszymi plamkami w środku),
- jaśniejszą barwę lub obrzęk tarczy nerwu wzrokowego.

Obraz dna oka może być barwy pomarańczowej i przybierać wygląd skóry lamparta, zależnie od współistniejącej z białaczką niedokrwistości czy skazy krwotocznej.

Innymi objawami stwierdzanymi u tych chorych są:

- zapalenie tęczówki i jej rozlane lub guzkowe zgrubienie,
- samoistne krwotoki podspojówkowe i/lub do komory przedniej oka,
- nacieki spojówek,
- nacieki tkanek oczodołu,
- nacieki nerwu II powodujące neuropatię.

Opisywany chory z przewlekłą białaczką szpikową nie miał żadnej ze zmian klasycznie opisywanych w przewlekłej leukemii. Dlatego opis takiego przypadku wydał się nam interesujący.

PIŚMIENNICTWO

1. Patel S.V., Herman D.C., Anderson P.M., Al-Zein N.J., Buttner H. Iris and anterior chamber involvement in acute lymphoblastic leukemia. *J. Pediatr. Hematol. Oncol.* 2003; 25 (8): 653–656.
2. Bernardczyk-Meller J., Stefańska K. Local involvement of the optic nerve by acute lymphoblastic leucemia. *Klin. Oczna* 2005; 103 (7–9): 521–524.
3. De Gersern R., De Laey J.J. Optic nerve infiltration in leukemia. *Bull. Soc. Belge Ophthalmol.* 1988; 227: 65–74.
4. Pojda-Wilczek D., Herba K., Zatorska B., Jędrzejewski W., Pojda S.M., Janik-Moszant A., Bubala H. Sudden blindness of 11-year old boy in the course of acute lymphoblastic leukemia. *Klin. Oczna* 2004; 106 (1–2): 77–79.
5. Pojda-Wilczek D., Pojda S.M., Zatorska B., Herba K., Jędrzejewski W., Janik-Moszant A., Bubala H. Acute endophthalmitis of 15-year-old boy in the course of acute lymphoblastic leukemia — part I. *Klin. Oczna* 2004; 106 (6): 788–790.
6. Stewat M.W., Gitter K.A., Cohen G. Acute leukemia presenting as a unilateral exudative retinal detachment. *Retina* 1989; 9 (2): 110–114.