

# Ocznopochoodne bóle głowy

Joanna Jakubaszko-Jabłońska<sup>1</sup>, Anna Pokryszko-Dragan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Katedra i Klinika Okulistyki Akademii Medycznej we Wrocławiu

<sup>2</sup>Katedra i Klinika Neurologii Akademii Medycznej we Wrocławiu

## STRESZCZENIE

Schorzenia narządu wzroku mogą być przyczyną objawowego bólu głowy. Autorzy omówili najczęstsze postacie ocznopochoodnych bólów głowy, z uwzględnieniem obrazu klinicznego, niezbędnych do dokonania rozpoznania badań diagnostycznych oraz zalecanego leczenia. Szczególną uwagę poświęcono charakterystycznym objawom, stwierdzanym w badaniach podmiotowym i przedmiotowym, które pozwalają na właściwe ukierunkowanie diagnostyki różnicowej.

*Polski Przegląd Neurologiczny 2009; 5 (3): 135–138*

**Słowa kluczowe: objawowy ból głowy, ostre zamknięcie kąta przesączania, wady refrakcji, heteroforia, zapalenia błony naczyniowej oka, zapalenia nerwu wzrokowego**

## Wprowadzenie

Schorzenia narządu wzroku należą do rzadkich, lecz wartych uwzględnienia w diagnostyce różnicowej, przyczyn objawowych bólów głowy. Właściwe rozpoznanie podłoża bólu głowy bywa trudne w przypadku niewystępowania ewidentnych objawów ze strony narządu wzroku. Szczególnie istotne dla ukierunkowania dalszej diagnostyki jest dokładne zebranie wywiadu. Ocznopochoodny charakter bólu głowy może sugerować lokalizacja bólu (okolica czołowa, współistniejący ból gałek ocznych lub oczodołu) oraz okoliczności jego występowania

(sytuacje związane z intensywną lub długotrwałą fiksacją wzroku — czytanie, praca przy komputerze, zwłaszcza w niewłaściwym oświetleniu; używanie lub zaprzestanie używania szkieł korekcyjnych). Towarzyszące bólowi głowy zaburzenia widzenia, objawy podrażnienia lub stanu zapalnego oka (obrzęk, zaczerwienienie, łzawienie), zmiana szerokości i reaktywności źrenic są bezwzględnie wskazaniami do badania okulistycznego. Podstawowe badanie powinno obejmować: badanie ostrości wzroku do dali i do bliży (V, *visus*), z uwzględnieniem korekcji, pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego (T, *tonus*) oraz oglądanie oczu w lampie szczelinowej (odcinek przedni i dno). W wybranych przypadkach konieczne może być poszerzenie diagnostyki okulistycznej lub neurologicznej.

Najczęstsze przyczyny ocznopochoodnych bólów głowy to:

- ostre zamknięcie kąta przesączania (ostry atak jaskry);
- nieskorygowane lub źle skorygowane wady refrakcji;
- zez utajony (heteroforia);
- stany zapalne błony naczyniowej;
- zapalenia nerwu wzrokowego.

## Ostre zamknięcie kąta przesączania

Jedną z najbardziej podstępnych ocznopochoodnych przyczyn bólu głowy jest ostre zamknięcie kąta przesączania, dawniej nazywane „ostrym atakiem jaskry”. Szczególnie zagrożone takim stanem są osoby z wąskim kątem przesączania, częściej — ze współistniejącą nadwzrocznością. Ostre zamknięcie kąta występuje nagle i jest stanem zagrażającym utratą widzenia. Dochodzi wówczas do całkowitego zamknięcia kąta przesączania i bardzo znacznego wzrostu ciśnienia wewnątrzgałkowego

**Adres do korespondencji:** dr n. med. Joanna Jakubaszko-Jabłońska  
 Katedra i Klinika Okulistyki AM  
 ul. Chatubińskiego 2a, 50-368 Wrocław  
 tel.: 0 71 784 24 27  
 e-mail: [yaku2@wp.pl](mailto:yaku2@wp.pl)  
 Polski Przegląd Neurologiczny 2009, tom 5, 3, 135–138  
 Wydawca: „Via Medica sp. z o.o.” sp.k.  
 Copyright © 2009 Via Medica

[1]. Typowe objawy to: jednostronne zaniewidzenie połączone z bólem i przekrwieniem oka, poszerzona pionowo-owalna źrenica bez reakcji na światło, znacznie wzmożone ciśnienie wewnątrzgałkowe („oko twarde jak kamień”), ból głowy, niekiedy nudności i wymioty. Objawy te występują z różnym nasileniem. Ostry, rozpierający ból gałki ocznej może promieniować do okolic czołowej i szczękowej lub szerzyć się na całą połowę głowy. W przypadku słabiej wyrażonych objawów ze strony oka ból ten może wymagać różnicowania z migreną, klastrowym bólem głowy lub neuralgią trójdzielną [2]. Podczas badania przedmiotowego szczególnie uwagę należy zwrócić na szerokość i reaktywność źrenic oraz wykonać palpacyjne badanie gałek ocznych. To proste badanie, możliwe do wykonania w każdych warunkach, polega na ocenie napięcia gałek ocznych opuszkami palców wskazujących przez zamkniętą powiekę przy spojrzeniu w dół (ryc. 1). Wskazane jest zbadanie obu gałek ocznych i porównanie ich napięcia.

Ostre zamknięcie kąta przesączenia wymaga pilnej interwencji w ramach ostrego dyżuru okulistycznego. Leczenie polega na natychmiastowym podaniu leków obniżających ciśnienie wewnątrzgałkowe (acetazolamid — *i.v.* Diamox 500 mg i *p.o.* Diuramid 500 mg) i wkropleniu do oka 2-procentowego roztworu pilokarpiny oraz 1-procentowego roztworu deksametazonu. Pacjent powinien leżeć na plecach, aby ułatwić odblokowanie kąta przesączenia przez soczewkę [1].



**Rycina 1.** Palpacyjne badanie ciśnienia wewnątrzgałkowego: badany patrzy w dół, badający układa palce wskazujące na górnej powiece badanego, a palce środkowe opiera na jego czole, następnie wywiera delikatny, naprzemienny ucisk palcami wskazującymi na gałkę oczną, oceniając jej napięcie

Ostre zamknięcie kąta przesączenia bywa poprzedzone stanem podoстрыm, czyli okresowym zamykaniem kąta i nagłym wzrostem ciśnienia wewnątrzgałkowego. Taki stan może być wywołany fizjologicznym rozszerzeniem źrenicy (np. podczas oglądania filmu w kinie) lub spłyceniem komory przedniej oka związanym z przyjęciem pozycji leżącej twarzą do dołu (np. podczas czytania na brzuchu). Objawy utrzymują się przez 1–2 godzin i ustępują samoistnie po zwężeniu źrenicy (np. w czasie snu lub po ekspozycji na światło). Charakterystycznym objawem jest widzenie kół tęczy wokół źródeł światła. Oprócz tego mogą występować dyskomfort w obrębie oka i zamglenie widzenia. Ból głowy towarzyszący podostremu zamknięciu kąta lokalizuje się zwykle w okolicy czołowej. Najlepszym rozwiązaniem terapeutycznym jest wykonanie irydotomii laserowej w obu oczach.

### Wady refrakcji

Nierzadko przyczyną bólu głowy są nieskorygowane lub niewłaściwie skorygowane wady refrakcji. Niestety, problem ten jest często bagatelizowany lub wręcz całkowicie pomijany w postępowaniu diagnostycznym.

Przyczyną bólu głowy w takich przypadkach jest długotrwałe napięcie mięśni akomodacyjnych. Bóle głowy mają charakter przewlekły, miernie nasilony, obejmują gałki oczne i okolice czołową, rzadziej bywają rozlane. Ból narasta w ciągu dnia, zwłaszcza w sytuacjach długotrwałego obciążenia wzroku. Częściej dotyczy dzieci i młodzieży; zazwyczaj wiąże się z nadwzrocznością [3]. Wykazano również częstsze występowanie bólu głowy u osób z astygmatyzmem, szczególnie mieszanym i złożonym. Ból głowy może towarzyszyć nawet niewielkiego stopnia astygmatyzmowi, który tylko nieznacznie obniża ostrość wzroku [4]. Nie wyrównany astygmatyzm, oprócz bólu głowy, może powodować mrużenie oczu, przekrzywianie głowy, uczucie zmęczenia, przewlekłe zapalenie spojówek i brzegów powiek.

Jedną z częstszych przyczyn refrakcyjnych bólu głowy jest zbyt silna korekcja do bliży w starczowzroczności (presbyopii). Dotyczy to głównie osób w 40.–50. roku życia, które zaczynają używać szkieł korekcyjnych do czytania. Bóle głowy mogą też towarzyszyć zbyt silnej korekcji (głównie do bliży) u krótkowidzów lub zbyt słabej w nadwzroczności. Częściej występują u osób z wysoką krótkowzrocznością (powyżej  $-6$  D) i wysoką nadwzrocznością (powyżej  $+6$  D) [4]. Przyczyną bólu głowy

i znacznego dyskomfortu widzenia może być także niewłaściwy rozstaw szkieł korekcyjnych.

U osób młodych spędzających dużo czasu na patrzeniu do blizy (czytanie, nauka, precyzyjna praca) może dojść do tak zwanego skurczu akomodacji. Jest to sytuacja szczególnie rzadko diagnozowana, ponieważ skurczowi akomodacji zwykle nie towarzyszą żadne widoczne objawy przedmiotowe. Szczegółowy wywiad często ujawnia przewlekłe bóle głowy oraz zaburzenia widzenia. Do potwierdzenia rozpoznania konieczne jest farmakologiczne porażenie akomodacji, co pozwala na ujawnienie właściwej wady refrakcji.

Postępowanie w powyższych przypadkach polega na dobraniu właściwych szkieł korekcyjnych i zapewnieniu pacjentowi pełnego komfortu widzenia do dali i do blizy, z uwzględnieniem właściwego rozstawu szkieł dla każdego z rodzajów korekcji.

### Zez ukryty (heteroforia)

Zez ukryty to tendencja gałek ocznych do odchylenia od prawidłowego położenia, wynikająca z zaburzenia równowagi mięśni okoruchowych. Zbaczanie oka do wewnątrz nosi nazwę „ezoforii”, a na zewnątrz — „egzoforii”. Obuoczne widzenie jest utrzymywane dzięki zdolności fuzyjnej, wymaga jednak wysiłku. Zez ukryty ujawnia się w warunkach niekorzystnych, na przykład przy zmęczeniu lub w momencie wyłączenia widzenia obuocznego (np. po zasłonięciu oka). Wówczas czynniki osłabiające fuzyję ułatwiają przejście zezu ukrytego w jawny.

Niekiedy w egzoforii ruch zbieżny gałek ocznych, konieczny do patrzenia z bliska (czytanie, precyzyjna praca), jest związany z tak wielkim wysiłkiem, że powoduje zmęczenie oczu, podwójne i nieostre widzenie oraz bóle głowy (łagodne lub o miernym nasileniu, głównie w okolicy czołowej). Objawy te, zwane astenopią, są następstwem dużego stopnia heteroforii.

Najprostszą metodą wykrywania zezu ukrytego jest test naprzemiennego zasłaniania (*cover test*). Poleca się badanemu patrzeć przed siebie i zasłania się na przemian jego prawe i lewe oko. Jeżeli po odsłonięciu badane oko wykonuje ruch nastawczy z położenia spoczynkowego do prawidłowego, można rozpoznać brak równowagi mięśniowej, czyli heteroforię.

Leczenie heteroforii polega na ćwiczeniach ortoptycznych, mających na celu wzmocnienie widzenia obuocznego. Czasem konieczne jest noszenie przez pacjenta szkieł pryzmatycznych, które ułatwiają pracę słabszym mięśniom [3].

### Zapalenia błony naczyniowej

Zapalenia błony naczyniowej (łac. *uveitis*) to bardzo duża i zróżnicowana grupa chorób, które często występują łącznie z objawami chorobowymi ze strony innych narządów. Proces zapalny może obejmować nie tylko naczyniówkę, ale również tkanki sąsiadujące. Najczęstszym typem zapalenia błony naczyniowej jest zapalenie przedniego odcinka (*iridocyclitis*), następnie części pośredniej (*parsplanitis*), tylnej oraz całej naczyniówki (*panuveitis*).

Objawy podmiotowe nie są charakterystyczne i zależą od intensywności procesu zapalnego (przebieg ostry lub przewlekły) oraz jego lokalizacji. Zwykle występują: obniżenie ostrości wzroku, światłowstręt, ból i zaczerwienienie oka oraz postrzeganie pływających mętów. Przewlekłe zapalenie może przebiegać bezobjawowo.

Objawy przedmiotowe zależą od lokalizacji zapalenia. W zapaleniu przedniego odcinka błony naczyniowej charakterystyczne są: nastrzyknięcie okołorąbkowe (rzęskowe), osady na śródbłonku rogówki oraz obecność komórek w cieczy wodnistej w przedniej komorze oka (tyndalizacja). Źrenica często jest zwężona, a w przypadku powstania zrostów tęczówkowo-soczewkowych może być zniekształcona (np. przypominać liść koniczyny). W zapaleniu tylnego odcinka błony naczyniowej zwykle występują zmiany w ciele szklistym (zmętnienia, obecność komórek), a na dnie oka mogą być widoczne nacieki i zapalenie naczyń siatkówki (*vasculitis*).

Podstawowe cele leczenia zapalenia błony naczyniowej to zmniejszenie dolegliwości i zapobieganie powikłaniom zagrażającym widzeniu; istotne jest także leczenie choroby podstawowej. Stosuje się trzy grupy leków: mydriatyki podawane miejscowo (znoszą skurcz mięśnia rzęskowego i zwieracza źrenicy, co działa przeciwbólowo oraz zapobiega zrostom), sterydy podawane miejscowo, w iniekcjach okołogałkowych lub ogólnie, oraz, w ciężkich przypadkach, leki immunosupresyjne (cyklosporynę, azatioprynę, metotreksat). W przypadku zapaleń na tle infekcyjnym stosuje się leczenie celowane, przeciwbakteryjne lub przeciwwirusowe [5].

Ból głowy najczęściej towarzyszy zapaleniu przedniego odcinka błony naczyniowej i wynika z napięcia rzęskowego. Obejmuje wówczas okolicę oczodołu i może promieniować do czoła lub skroni. Warto pamiętać, że choroby układowe, w których przebiegu często występuje zapalenie błony naczyniowej oka (np. sarkoidoza, choroba

Behçeta, zespół Vogta-Koyanagi-Harady), mogą powodować także zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym (OUN) [5, 6]. Ból głowy w tych przypadkach może być objawem zajęcia opon mózgowo-rdzeniowych lub wzrostu ciśnienia śródczaszkowego i wymaga diagnostyki w tym kierunku.

### Zapalenia nerwu wzrokowego

Zapalenie nerwu wzrokowego może występować w postaci pozagałkowej lub zapalenia tarczy nerwu wzrokowego (z zajęciem siatkówki lub bez niego).

Najczęstszą przyczyną zapalenia pozagałkowego są schorzenia demielinizacyjne OUN: stwardnienie rozsiane, zespół Devica (*neuromyelitis optica*), ostre rozsiane zapalenie mózgu i rdzenia (ADEM, *acute disseminated encephalomyelitis*); znacznie rzadsze są zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Zapalenie nerwu wzrokowego objawia się jednostronnym (rzadko obustronnym), szybko postępującym pogorszeniem ostrości wzroku, z obniżoną percepcją światła i zaburzeniem rozpoznawania barw, niekiedy z mroczkiem środkowym w polu widzenia. Objawom tym może towarzyszyć ból gałki ocznej podczas jej ruchów lub ucisku, niekiedy utożsamiany przez pacjentów z bólem głowy. W badaniu okulistycznym nie stwierdza się zmian w obrębie oka; tarcza nerwu wzrokowego jest niezmienną. Pomocne w rozpoznaniu tej postaci zapalenia jest badanie wzrokowych potencjałów wywołanych — przedłużenie latencji odpowiedzi wywołanej świadczy o demielinizacyjnym uszkodzeniu nerwu wzrokowego. W leczeniu stosuje się kortykosteroidy (najczęściej metyloprednizolon we wlewach dożylnych). U osób bez istotnych schorzeń w wywiadzie rozpoznanie pozagałkowego zapalenia nerwu wzrokowego jest wskazaniem do diagnostyki w kierunku wymienionych powyżej schorzeń demielinizacyjnych, zwłaszcza stwardnienia rozsianego [7].

Wewnątrzgałkowe zapalenie nerwu wzrokowego (tarcza nerwu wzrokowego) może wystąpić w przebiegu zakażenia bakteryjnego lub wirusowego (ograniczonego do gałki ocznej lub szerzącego się z oczodołu i zatok przynosowych) oraz schorzeń układowych (np. toczenia, guzkowego zapalenia tętnic, ziarniniaka Wegenera). Wiodącym objawem jest również upośledzenie ostrości wzroku. Na dnie oka natomiast obserwuje się obrzęk tarczy nerwu wzrokowego z zatarciem granic i przekrwieniem, rzadziej z wybroczynami na brzegu tarczy. Ból gałki ocznej i towarzyszący mu niekiedy ból głowy są następstwem zapalnego obrzęku tkanek. Jednak,

podobnie jak w przypadku zapalenia błony naczyniowej, ból głowy współistniejący ze śródgałkowym zapaleniem nerwu wzrokowego powinien nasywać podejrzenie zajęcia innych struktur OUN przez proces zapalny. Wybór metody leczenia przy czynowego zależy od etiologii zakażenia lub rodzaju schorzenia układowego [7].

Oprócz procesu zapalnego nerw wzrokowy może również ulec uszkodzeniu niedokrwiennemu. Jedną z częstszych przyczyn tak zwanej przedniej niedokrwiennej neuropatii ocznej (AION, *anterior ischaemic optic neuropathy*) jest olbrzymiomórkowe zapalenie tętnic, prowadzące między innymi do zamknięcia tętnic rzęskowych. Przez kilka dni do kilkunastu tygodni u chorego utrzymują się objawy ogólne: bóle głowy, stawów i mięśni, wyższe temperatury ciała. Następnie dochodzi do jednostronnej nagłej częściowej lub całkowitej utraty wzroku. Może ją poprzedzać przemijające zaniewidzenie lub połowiczne ubytki w polu widzenia. Na dnie oka stwierdza się bładą, obrzękniętą tarczę nerwu wzrokowego, otoczoną krwotoczkami. Zalecanym leczeniem jest podawanie kortykosteroidów. W tym przypadku ból głowy nie ma charakteru ściśle ocznopochodnego, a raczej wspólne z zaburzeniami widzenia podłoże naczyniowe [2, 7].

### Podsumowanie

W opisanych wyżej sytuacjach ból głowy to bezpośrednio następstwo schorzenia narządu wzroku, choć niekiedy ma bardziej złożone i niejednorodne podłoże. W tych przypadkach, w celu prawidłowego ustalenia rozpoznania oraz określenia właściwego postępowania leczniczego, u chorych konieczne jest przeprowadzenie zarówno badania neurologicznego, jak i okulistycznego, a niekiedy współpraca lekarzy obu tych specjalności w procesie diagnostycznym i leczniczym.

### PIŚMIENNICTWO

1. Kański J., Tesla P. Jaskra. Kompendium diagnostyki i leczenia. Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2006.
2. Zalewska B. Bóle głowy związane z zaburzeniami w obrębie czaszki, szyi, oczu, uszu, nosa, zatok obocznych, zębów i jamy ustnej. W: Prusiński A. (red.). Bóle głowy dla lekarzy praktyków.  $\alpha$ -medica Press, Bielsko-Biała 1996.
3. Krzystkowska K., Kubatko-Zielińska A., Pająkowska J., Nowak-Brygowa H. Choroba zezowa. Rozpoznanie i leczenie. PZWL, Warszawa 1997.
4. Akinci A., Güven A., Degerliyurt A. i wsp. The correlation between headache and refractive errors. J. AAPOS 2008; 12: 290–293.
5. Kański J. Okulistyka kliniczna. Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2005.
6. Kański J. Zapalenie błony naczyniowej. Kompendium diagnostyki i leczenia. Urban & Partner, Wrocław 1999.
7. Peczold K. Podstawy neurookulistyki. W: Kozubski W., Liberski P. (red.). Choroby układu nerwowego. PZWL, Warszawa 2004.