

МУЛТИДИСЦИПЛИНАРЕН ПОДХОД ПРИ БОЛКА В ОБЛАСТТА НА ДЯСНОТО ОКО – КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

К. Трифонова¹, А. Стефанов², К. Славейков¹, Зл. Трифонов¹ и Л. Деспотова-Толева³

¹Катедра по офталмология и обща медицина, Тракийски университет – Стара Загора

²Катедра по оториноларингология и дерматовенерология, Тракийски университет – Стара Загора

³Катедра по обща медицина, МУ – Пловдив

MULTIDISCIPLINARY APPROACH TOWARDS PAIN AROUND THE RIGHT EYE – A CASE REPORT

K. Trifonova¹, A. Stefanov², K. Slaveykov¹, Zl. Trifonov¹ and L. Despotova-Toleva³

¹Department of Ophthalmology and General Medicine, Trakia University Stara Zagora

²Department of Dermatology and Otorhinolaryngology, Trakia University Stara Zagora

³Department of General Medicine, Medical University – Plovdiv

Резюме: При поставянето на диагноза на пациент с болка в главата е необходим мултидисциплинарен подход, в който са ангажирани общопрактикуващ лекар, невролог, неврохирург, психиатър, очен лекар, УНГ специалист и стоматолог. Целта и задачите на статията са да се представи изграждането на диференциална диагноза при пациентка с болка в областта на дясното око. Докладва се клиничен случай на пациентка с болка в областта на дясното око, приета в очна клиника поради гранични стойности на вътреочното налягане. След направените консултации с невролог и УНГ специалист се установява киста в областта на десния максиларен синус. Пациентката е насочена за хирургично лечение в ушна клиника. Болката в главата е една от най-сложните диференциални диагнози и тук ролята на общопрактикуващите лекари е правилно да насочат пациентите към нужните специалисти.

Ключови думи: вътреочно налягане, максиларен синус, диференциална диагноза

Адрес за кореспонденция: Д-р Калина Трифонова, Катедра по офталмология и обща медицина, Тракийски университет, ул. „Армейска“ № 11, 6000 Стара Загора, тел. 0888852673, e-mail: kali_tr@yahoo.com

Summary: A multidisciplinary approach is required during diagnosis of a patient with a headache, in which general practitioners, neurologists, neurosurgeons, psychiatrists, ophthalmologists, otorhinolaryngologists (ENT specialists) and dentists are involved. This paper aimed at building a differential diagnosis for a patient with pain in the right eye area. Clinical case report: A patient with pain in the area of the right eye was hospitalized in the department of ophthalmology because of borderline levels of intraocular pressure. After the consultations with neurologist and ENT specialist, a cyst in the maxillary sinus was found. The patient was referred to surgical treatment in the ENT department. Differential diagnosis for pain in the head is very complicated. Here comes the role of general practitioners in correctly referring the patients to the right specialists.

Key words: intraocular pressure, maxillary sinus, differential diagnosis

Address for correspondence: Kalina Trifonova, MD, Department of Ophthalmology and General Medicine, Trakia University Stara Zagora, 11 Armeyska St., 6000 St. Zagora, tel.: 0888852673, e-mail: kali_tr@yahoo.com

ВЪВЕДЕНИЕ

При поставяне на диагноза на пациент с болка в главата е необходим мултидисциплинарен подход, в който са ангажирани общопрактикуващ лекар, невролог, неврохирург, психиатър, очен лекар, УНГ специалист и стоматолог.

ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ

Изграждане на диференциална диагноза при пациентка с болка в областта на дясното око.

МАТЕРИАЛИ

Докладване на клиничен случай.

РЕЗУЛТАТИ

Пациентката е на 41 г., семейна, по професия багерист. Идва за първи път в очен кабинет за амбулаторен преглед, изпратена е от личния лекар. Оплаква се от почти постоянна тъпа болка в областта на дясното око. Има фамилна обремененост с глаукома – бабата на пациентката е боледувала от глаукома.

Придружаващи заболявания при пациентката са: бронхиална астма, артериална хипертония I ст. и затлъстяване.

При разглеждания случай установихме следния очен статус:

Визус = 1.0 за двете очи без корекция, следователно се изключват заболяванията, свързани с болка в окото, при които има замъгление на зрението, като неврит и темпорален артериит [21].

Орбити – б.о. При направена екзофталмометрия по Хертел – ДО – 14 mm, ЛО – 3 mm – липсват данни за екзо- или енофталм. Разликата от 1 mm е несигнификантна. Допустими са разлики до 2 mm [3]. Изключват се заболявания, при които има екзофталм и болка – като тиреоид-асоцирана офталмопатия, туморни и възпалителни заболявания на орбитата, заден склерит [2].

Конюнктивата и клепачите са спокойни. Очната ябълка е със запазена подвижност, липсват двойни образи при изследване с червено стъкло. Роговицата е огледална, прозрачна, със запазена сетивност. Предната камера е дълбока, Тиндал (-), ирисът е със запазен релеф. Отхвърлят се като причи-

на възпалителна очна етиология като еписклерит, склерит, тенонин, целулит, иридоциклит, кератит, тъй като окото е спокойно, без екзофталм или ограничение в движенията.

Зеницата е центрирана, окръглена, със запазени реакции на светлина и конвергенция, следователно се отхвърлят заболяванията, при които има зенична патология.

Лещите и стъкловидното тяло са прозрачни.

От очните дъна единствената патология са леко разширените и тортуозни венозни съдове, поради това че пациентката има артериална хипертония – ангиопатия ретине хипертоника [4]. Макулите са със запазен рефлекс.

Папилите са витални, с екскавация на ДО – 0,3, и на ЛО – 0,4, очертани на нивото на ретината. Отхвърля се диагнозата повишено вътречерепно налягане, тъй като в такива случаи би имало едем на папилата [11]. Екскавация над 0,3 вече говори за глаукомни изменения.

Установени са високи стойности на очното налягане за възрастта, особено за лявото око. Изследвано е налягането по Голдман – ДО – 21 mm Hg, ЛО – 24 mm Hg – при норма – до 21 mm Hg по съответната методика.

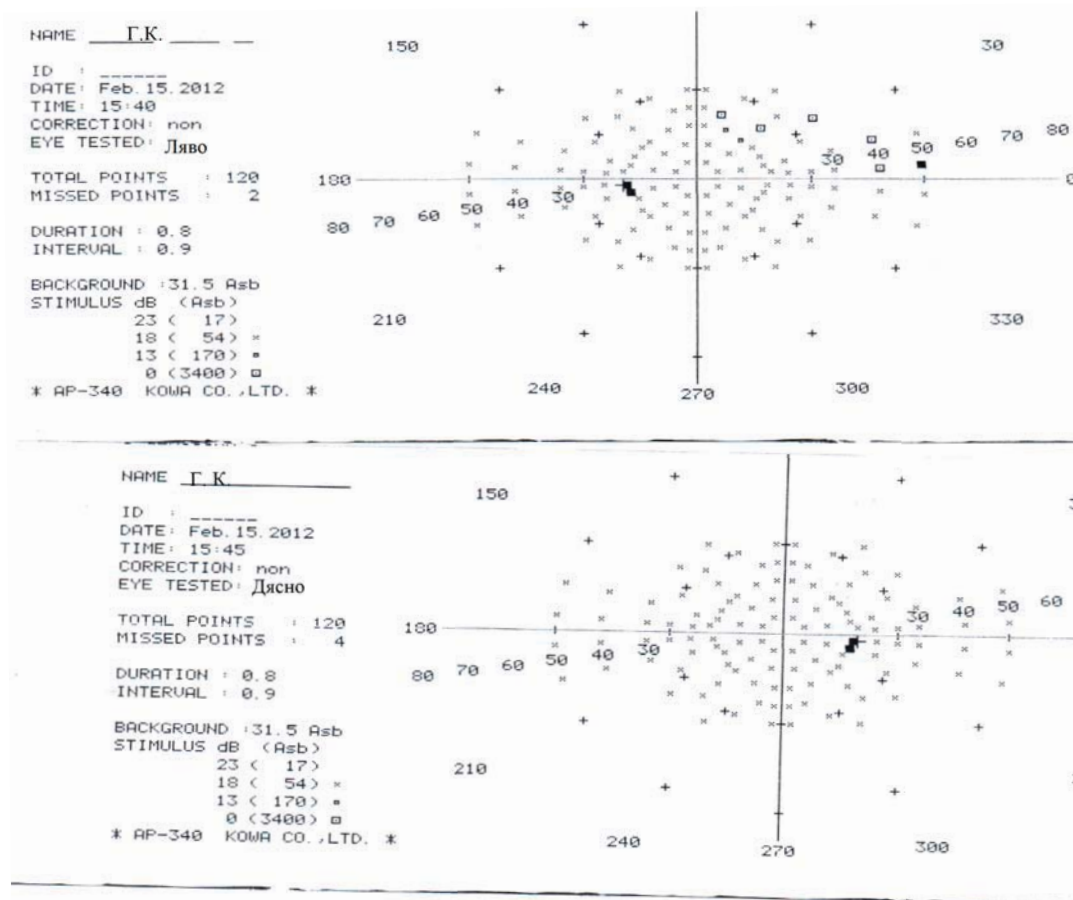
Пациентката е приета в очно отделение, УМБАЛ – Стара Загора, по повод високите стойности на очното налягане, главоболието и фамилната обремененост с глаукома за изследване и доуточняване.

Направени бяха допълнителни очни изследвания. Ултразвуковата пахиметрия показва, че роговицата е тънка – рисков фактор за развитие на глаукома: ДО – 517, ЛО – 530, при средни стойности на дебелина на роговицата 555.

Направена бе периметрия (фиг. 1). При дясното око наблюдаваме – запазена светлочувствителност без наличие на скотоми, в лявото око обаче има аркуатен скотом в горната назална половина на зрителното поле, характерен за начална глаукома.

След извършената гониоскопия установихме, че иридокорнейният ъгъл е широк, непигментиран, без сраствания.

Направено бе ултразвуково изследване на очите с Б-скен. Не бяха открити патологични изменения в стъкловидното тяло или ретината. Офталмоскопията, ултразвуковото изследване и компютърната томография отхвърлят туморен процес в окото.



Фиг. 1. Периметрия на двете очи: горе – дясно, долу – ляво око

В заключение от очните изследвания беше поставена диагнозата първична глаукома с отворен ъгъл. Изписани бяха капки простагландинов аналог, които пациентката да поставя 1 по 1 к. вечер в двете очи.

Не можем обаче да си обясним болката в областта на дясното око с високото очно налягане.

Болка може да се очаква при налягане над 30 mm Hg при първична откритоъгълна глаукома или при тесен иридокорнеен ъгъл, който периодично се затваря и води до пристъпно повишаване на вътреочното налягане [19].

Некоригиран диоптър или хетерофория също би могло да причинят такъв тип болки, но го отхвърляме поради доброто зрение и професия, неангажирана с много зрителна работа на близо [22].

Извършено бе компютърнотомографско изследване на главата със следното описание – не се виждат лезии, вентрикуларната система е симетрична, няма данни за обемен процес в главния мозък и орбитите.

От направената консултация с невролог бе отхвърлена неврологична причина, като:

– мигрена – главоболието при мигрена е едностранно, възниква сутрин след събуждане, започва от орбиталната област и слепоочието. То е умерено или силно с пулсиращ характер и се придружава от поне един от следните симптоми – гадене, повръщане, фотофобия, фонофобия [1];

– тензионно главоболие – то обхваща цялата глава, болката е притискаща или стягаща като обръч [15];

– клъстър тип главоболие – 5-10 пъти по-често при мъжете, периодично настъпващи пристъпи от особено силна едностранна периорбитална болка с продължителност до три часа. На страната на главоболието се появяват следните автономни симптоми – инекция на конюнктивата, сълзотечение, назална конгестия, ринорея, лицева хиперхидроза, синдром на Хорнер [13];

– супраорбитална невралгия – невралгията се характеризира със стрелкаща краткотрайна остра болка [14];

– SUNCT синдром – краткотрайна едностранна невралгична болка в главата с конюнктивална инекция и сълзене [18];

– хронична пароксизмална хемикрания – представлява множество кратки всекидневни атаки на остра болка обикновено около очите, винаги едностранни на едно и също място. По-често срещана при жените и за разлика от мигрената не се придружава от неврологични симптоми. Придружава се поне от един от следните симптоми – сълзотечение, конюнктивална инекция, назална конгестия, ринорея, птоза и оток на клепачите. Повлиява се добре от индометацин [16].

Направена бе и консултация с оториноларинголог, както и рентгенография на околоносните кухини. Поставена бе диагнозата пансинуит, която е и причината за главоболието. Пациентката е насочена за оперативно лечение в УНГ клиника. Направена е пункция на десния максиларен синус. Изтекло е обилно количество гной. Направена е промивка на синуса с физиологичен серум. Проведена е терапия с гентамицин и цефазолин. Синуситът е част от диференциалната диагноза за болка в областта на окото поради близкото разположение и честата ирадиация на болката. Синусит е една от най-честите причини за едностранна болка в горната половина на главата [12].

ОБСЪЖДАНЕ

Очната болка най-често е свързана със зачервяване и възпаление, но често може и да отсъства видима патология. Болка в спокойно око може да бъде първият знак за редица заплашващи заболявания – интермитираща закритоъгълна глаукома, дисекция на каротидната артерия, идиопатична интракраниална хипертензия и гигантоклетъчен артериит [20]. Болката често може да се дължи на неврологично състояние, като тригеминална невралгия, мигрена или клъстърен тип главоболие [6]. Болките в главата, дължащи се на мигрена, тензионен тип главоболие и хронична пароксизмална хемикрания, се срещат по-често при жените [5].

Сензорната инервация на окото и околоочната област се осъществява от n. trigeminus, поради което болката често може да ирадира и трудно да се локализира дали произхожда от окото, или от orbitата [7]. Поради анатомичната близост на синусите и orbitите често синуситите се проявяват с болка в orbitалната област [17]. Orbitалната болка може да се дължи на болести на orbitния скелет или на инфекция на синус максиларис. Най-често инфекциите на максиларния синус се дължат на зъбна инфекция, като периодонтит или пролекуване на коренов канал [10].

Двойното виждане се асоциира с периокуларна болка, която е резултат от заболявания на orbitата,

изолирани краниални невропатии или заболявания на синус кавернозуз. Аномалии в зениците, като синдром на Хорнер, могат да бъдат резултат от много болезнени състояния, като клъстърно главоболие, параселарна неоплазма или аневризма, дисекция на каротидната артерия или синдром на Толоза-Хънт. Болка с разширена и нереагираща зеница може да се дължи на синдром на Ейди, офталмична мигрена или комуникираща артериална аневризма. Главоболие и преходна загуба на зрението може да е проява на класическа мигрена, да бъде симптом на очна хипоперфузия от ипсилатерална оклузия на a. carotis interna или на повишено вътречерепно налягане от псевдотумор церебри. При младите пациенти фиксиран зрителен дефицит и болка може да са резултат на неврит, а при възрастни се мисли по-скоро за темпорален артериит [23].

Както се вижда от представения случай, много често болка в областта на окото може да се дължи на причина извън него. След като бъде консултиран с офталмолог, такъв пациент трябва да бъде консултиран още с невролог и оториноларинголог. Ако след тези консултации не беше установена причината за болката, бихме могли да направим консултация още със:

– стоматолог – болка, ирадираща от зъб или от заболяване на темпоромандибуларната става – макар и по-малко вероятно в случая [9].

– психиатър – честа причина за неопределена болка в очите може да бъде хистерия, депресия или повишена тревожност [8].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Едностранна болка в областта на окото често може да се дължи на причини, които не са свързани с очния статус. Синуситът поради близкото разположение на синусите и orbitите трябва винаги да се разглежда като вероятна причина за такъв тип главоболие. Болката в главата е една от най-сложните диференциални диагнози, в която са ангажирани редица специалисти. В тези случаи ролята на общопрактикуващите лекари като координатори в здравеопазването е правилно да насочат пациентите към нужните специалисти.

Библиография

1. Деспотова-Толева, Л. Актуални аспекти на общата медицинска практика. Том 1. Мед. изд. ЕТ Васил Петров, 2010.
2. Иванов, И. Разширен курс по офталмология. С., Мед. изд. Симел, 2008.
3. Маждракова, И. Учебник по очни болести. С., Мед. изд. Бolid, 2008.

4. American academy of ophthalmology. Basic and clinical science course, Section 12, Retina and vitreous, 2008.
5. Domitrz, I. Headaches in women. – Ginekol. Pol., **77**, 2006, № 10, 811-819.
6. Fiorel, D. C., A. V. Pasternak et R. M. Radwan. Pain in the quiet (not red) eye. – Am. Fam. Physician, **82**, 2010, № 1, 69-73.
7. Friedman, D. I., L. K. Gordon et P. A. Quiros. Headache attributable to disorders of the eye. – Curr. Pain Headache Rep., **14**, 2010, № 1, 62-72.
8. Gambini, O. Et al. Consultation-liaison psychiatry for patients with headaches. – Neurol. Sci., **32**, 2011, Suppl. 1, S81-83.
9. Gremillion, H. Multidisciplinary diagnosis and management of orofacial pain. – Gen. Dent., **50**, 2002, № 2, 178-186.
10. Handschel, J., C. Naujoks et A. Zimmermann. Orbital pain from a cranio-maxillofacial surgery perspective. – Ophthalmologe, **108**, 2011, № 12, 1134-1137.
11. Kanski, J. Clinical Ophthalmology. Elsevier Saunders, 2011.
12. Levine, H. L., M. Setzen et R. K. Cady. An otolaryngology, neurology, allergy, and primary care consensus on diagnosis and treatment of sinus headache. – Otolaryngol. Head Neck Surg., **134**, 2006, № 3, 516-523.
13. Litwin, A. S. et R., Malhotra. Don't forget ophthalmic differential diagnoses of cluster headache. – BMJ, **344e**, 2012, 3070.
14. Siccoli, M. M, Cl. L. Bassetti et P. S Sándor. Facial pain: clinical differential diagnosis. – Lancet Neurol., **5**, 2006, 257-267.
15. Mathew, P. G. et I. Garza. Headache. – Semin. Neurol., **31**, 2011, № 1, 5-17.
16. Müller, K. I. et S. I. Bekkelund. A woman with unilateral headache. – Tidsskr. Nor. Laegeforen., **131**, 2011, № 7, 693-695.
17. Neumann, A. Eye pain from an otorhinolaryngology perspective. – Ophthalmologe, **108**, 2011, № 12, 1127-1133.
18. Pareja, J. A., A. B. Caminero et O. Sjaastad. SUNCT Syndrome: diagnosis and treatment. – CNS Drugs, **16**, 2002, № 6, 373-383.
19. Renton, B. et A. Bastawrous. Acute Angle Closure Glaucoma (AACG): an important differential diagnosis for acute severe headache. – Acute Med., **10**, 2011, № 2, 77-78.
20. Ringelsen, A. L., A. R. Harrison et M. S. Lee. Ocular and orbital pain for the headache specialist. – Curr. Neurol. Neurosci. Rep., **11**, 2011, № 2, 156-163.
21. Schmidt, D. et T. Ness. Ocular findings and differential diagnoses in giant cell arteritis (Arteriitis cranialis). – Z. Rheumatol., **68**, 2009, № 2, 117-123.
22. Schoenen, J. Differential diagnosis of facial pain. – Acta Neurol. Belg., **101**, 2001, 6-9.
23. Tomask, R. Ophthalmologic aspects of headache. – Med. Clin. North Am., **75**, 1991, № 3, 693-706.



**От 2010 г. в Централна медицинска библиотека
се изгражда репозиториум на дигитални публикации
(книги, статии, лекции, презентации и други научни
и образователни материали).**

Целта на нашия репозиториум, както на всички подобни институционални архиви, е свободно разпространение на научни публикации в глобалната мрежа; популяризиране на българската медицинска наука; дълготрайно съхранение на електронни документи (които има голяма вероятност да са неизвестни за читателите и съответно да не се ползват); преодоляване на икономическите препятствия пред издателската дейност.

<http://nt-cmb.medun.acad.bg:8080/jspui>