

**Tab. 1.** Příčiny otoku terče zrakového nervu (Heissigerová, 2018 – upraveno)

Zánětlivé	Cévní	Systémové	Tlakové
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ uveitidy</li> <li>■ intraokulární neuritidy</li> <li>■ papiloflebitida</li> <li>■ neuroretinitida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ žilní okluze</li> <li>■ arteritická přední ischemická neuropatie optiku</li> <li>■ nearteritická přední ischemická neuropatie optiku</li> <li>■ arteritida při kolagenózách</li> <li>■ trombóza kavernózního sinu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ arteriální hypertenze</li> <li>■ anémie</li> <li>■ hypoxemie</li> <li>■ uremie</li> <li>■ diabetes mellitus</li> <li>■ toxonutritivní příčiny</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ tumory a drúzy terče</li> <li>■ hypotenze</li> <li>■ orbitální tumory</li> <li>■ myopatie při endokrinní orbitopatii</li> <li>■ intrakraniální hypertenze (tumory mozku, cévní anomálie, krvácení, záněty, idiopatická intrakraniální hypertenze)</li> </ul>

**Tab. 2.** Modifikovaná Frisénova škála hodnocení městnavé papily

Stupeň	Nález
0	fyziologický terč zrakového nervu
1	zneostření okraje terče ve tvaru C nasálně, temporálně je okraj ohraničený
2	zneostření okraje terče po celém obvodu
3	zanoření jednoho či více segmentů větších cév do edému terče, větší průměr terče
4	zanoření cév do edému v centru terče, elevace celého terče
5	zanoření do edému až vymizení všech cév terče, celý terč vyklenutý, má houbovitý vzhled

**Obr. 1.** Otok terče (Frisen 1)**Obr. 2.** Otok terče (Frisen 2)

Velmi častým symptomem u jiných příčin je **zhoršení centrální zrakové ostrosti** od velmi mírné až na úroveň praktické nebo úplné slepoty. Kolísání centrální zrakové ostrosti v závislosti na fyzické námaze (Uhthoffův fenomén) a zhoršené prostorové vidění pohybujících se objektů (Pulfrichův fenomén), nalézáme u **neuritidy** (Bagheri, 2020). Dalším příznakem jsou **poruchy zorného pole**. Altitudinální výpadky jsou typické pro ischemické léze – **přední ischemickou neuropatii optiku (AION)**, pro **optickou neuritidu** svědčí spíše centrální skotom různého rozsahu. Akutní fáze **měst-**

**navé papily** je často bez výrazné poruchy zorného pole, ale postupně při přechodu do chronické fáze nebo rozvoje atrofie terče zrakového nervu se rozvíjí výpadky zorného pole zpravidla nejprve nasálně, které postupně progredují až do koncentrického zúžení (Heissigerová, 2018; Bagheri, 2020).

**Diplopie:** Při **intrakraniální hypertenzi** může dojít k útlaku a rozvoji parézy jednoho nebo obou nervus abducens (n. VI), které jsou pro anatomii svého průběhu k útlaku náchylné. U **demyelinizujících lézí** mohou být postiženy okohybné nervy. **Traumatické či útlakové léze** mohou způsobovat diplopii poškozením okohybných nervů podle místa jejich výskytu (Rozsival, 2017; Bagheri, 2020).

**Bolest:** Pro **optickou neuritidu** je typická citlivost až mírná bolest bulbu výraznější při pohybu, která může otoku terče i předcházet. Světloplachost a bolest je přítomna i u **uveitid**. **Bolesti hlavy** pozorujeme též u **infekčních zánětů CNS**, ale i u **idiopatické intrakraniální hypertenze (IIH) a maligní hypertenze**. U městnavých papil mohou být bolesti hlavy horší ráno a vleže, při stožení se zlepšují. Bolest hlavy nebo bolesti či slabost při žvýkání může doprovázet **arteritickou AION** (Heissigerová, 2018; Rozsival, 2017). **Porucha barvocitu a kontrastní citlivosti** bývá přítomna u **optické neuritidy** (Otradovec, 2003).

**Celkové příznaky:** Zahrnují únavu, která je ale vysoce nespecifickým příznakem.

Kromě únavy u **městnavé papily** může pacient udávat zvracení a pulzující tinnitus. Svalová slabost, hypestezie či parestezie končetin a předcházející chřipkové příznaky nalézáme u **neuritidy**. Únava, zvýšená teplota až horečka a příznaky zánětu až sepse jsou přítomny u **infekčního zánětu CNS**. U **arteritické AION** se může objevit horečka, ztráta hmotnosti a anorexie (Bagheri, 2020).

## Městnavá papila (papilledema)

Zásadním bodem diagnostického procesu je vyloučení městnavé papily svědčící o zvýšení nitrolebního tlaku. **Městnavá papila** je získaný otok obou terčů na podkladě zvýšeného nitrolebního tlaku, který se přenáší podél pochev zrakových nervů až na intraokulární část zrakového nervu. Jedná se o stav, který je nutné rychle řešit, neboť může vznikat v souvislosti s expanzivními procesy – nádory, cévními abnormalitami, krvácením, záněty CNS, hydrocefalem, trombózou venózního sinu a arteriovenózními píštělemi (Bagheri, 2020; Lee, 2015).

Mezinárodně nejpoužívanějším klasifikačním systémem hodnocení městnavé papily je modifikovaná Frisénova škála (Tab. 2) (Frisén, 1982) (Obr. 1 a 2).

Při podezření na městnavou papilu a nejasném nálezu je třeba sledovat dynamiku procesu pomocí OCT (Obr. 3), kde hodnotíme vzhled papily, tloušťku sítnicových nervových vláken (RNFL), ultrasonografický nálezu a vývoj dle fotodokumentace. Při nejednoznačnosti nálezu lze provést fluorescenční angiografii a odlišit pseudoedém nebo neuritidu (Otradovec, 2003; Lee, 2015). Vzhledem k potenciální závažnosti těchto stavů je nutné indikovat zobrazovací metody, MRI s kontrastem se zaměřením na mozek a zrakovou dráhu (s potlačením tlaku) a MR venografii k **vyloučení poruchy venózní drenáže** (Heissigerová, 2018).

Dále se řídíme výsledkem zobrazovacího vyšetření. Pokud není kontraindikována, tak lze provést lumbální punkci s biochemickým, mikrobiologickým a cytologickým vyšetřením mozkomíšního moku (Bennet, 2019).

Během lumbální punkce je součástí vyšetření stanovení otevíracího tlaku a zhodnocení,