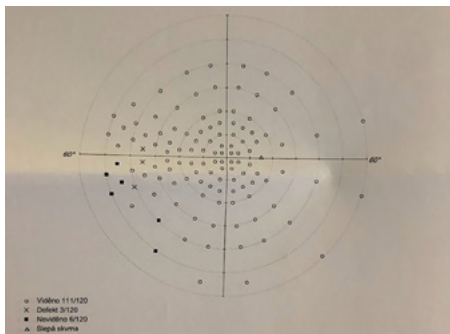


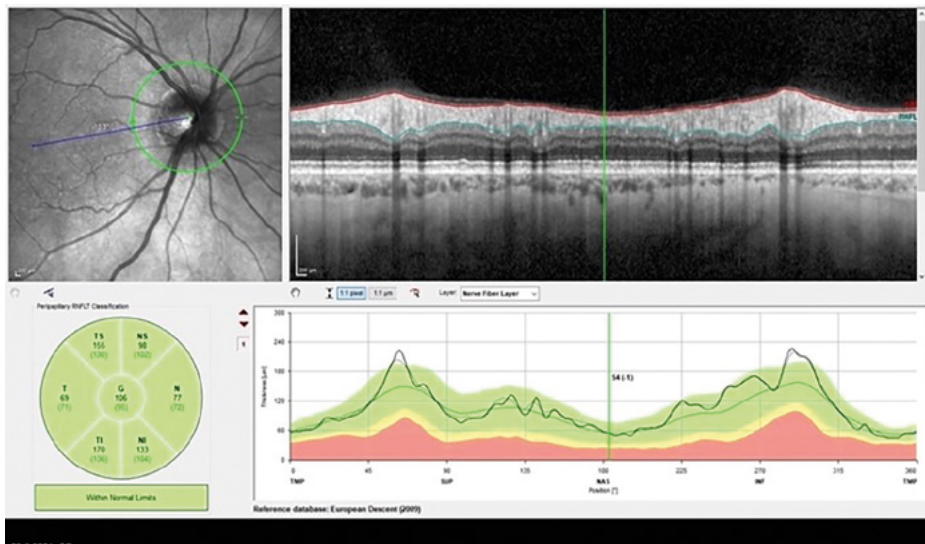
HLAVNÍ TÉMA

OČNÍ PROJEVY ONEMOCNĚNÍ SPOJENÉ S PŘÍTOMNOSTÍ PROTILÁTEK PROTI MYELIN-OLIGODENDROCYTÁRNÍMU GLYKOPROTEINU

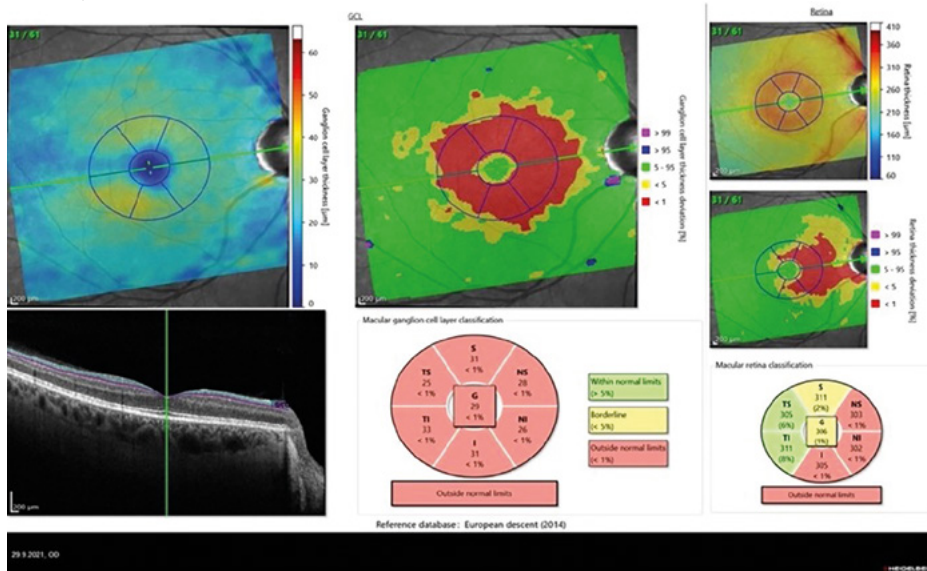
Obr. 2. Zorné pole oko pravé (120 st): bodové výpadky v nasální kvadrantu, pacient s retrobulbární neuritidou (Přístroj: Humphrey Carl Zeiss, zdroj: archiv autorky)



Obr. 3. SD-OCT – pRNFL: oko pravé u zdravého pacienta, fyziologický nále (Přístroj: Heidelberg Spectralis, zdroj: archiv autorky); linie tloušťky pRNFL je zobrazena jako terč, o šesti sektorech, různých barevných výstupů. Dle barev (zelená, červená, žlutá, modrá, fialová) lze usuzovat na normální, suspektní či patologické oblasti. Sektory jsou nasální (N), superonasální (NS), inferonasální (NI), temporální (T), superotemporální (TS), inferotemporální (TI) a kruhovitým středem G



Obr. 4. SD-OCT – macular ganglion cell layer: Zobrazení vrstvy gangliových buněk (GCL), oko pravé, u pacienta s diagnózou roztroušené sklerózy po proběhlé optické neuritidě (Přístroj: Heidelberg Spectralis, zdroj: archiv autorky); terč, o šesti sektorech, různých barevných výstupů. Dle barev (zelená, červená, žlutá, modrá, fialová) lze usuzovat na normální, suspektní či patologické oblasti. Sektory jsou nasální (N), superonasální (NS), inferonasální (NI), temporální (T), superotemporální (TS), inferotemporální (TI) a kruhovitým středem G



(Obr. 2). Ke kvantifikaci velikosti edému a posouzení dalšího vývoje v čase doplňujeme vyšetření spektrálně doménovou optickou koherenční tomografií (SD-OCT), zejména peripapilární sken se změřením tloušťky vrstvy nervových vláken (pRNFL) (Oertel et al., 2021) (Obr. 3). Pokles pRNFL koreluje s úbytkem nervových vláken v CNS (Svozílková et al., 2016).

Obě formy neuritidy s odstupem týdnů vedou k atrofii papily ZN. Rozdíl je v jednotlivých typech. U retrobulbární neuritidy se jedná o atrofii parciální prostou, zatímco

u intraokulární neuritidy bývá hranice papily neostrá, tkáň je kalnější a odstupující cévy jsou opouzdřené. Obecně se takový nále označuje jako atrofie postneuritická (Otradovec, 2003).

Úprava zrakových funkcí se liší dle etiologie ON.

MR nálezy

Vyšetření magnetickou rezonancí je metodou volby u pacientů s optickou neuritidou. U pacientů s MOGAD-ON nacházíme dlouhé léze v přední části zrakového nervu s periorbitálním enhancementem a často oboustranným postižením (Akaishi et al., 2016). Intrakanalikulární segment, optické chiasma a optický trakt jsou postiženy méně než u NMOSD-ON (Chen et Bhatti, 2020).

Dynamika průběhu a následky

Ataku optické neuritidy doprovází těžký zrakový deficit, který je ve většině případů až na úrovni počítání prstů. Na rozdíl od NMOSD, s pozitivitou protilátek AQP4-IgG, je úprava zrakových funkcí relativně dobrá (Sechi et al., 2022; Chen et al., 2018). Ve většině případů je u MOGAD-ON dobrá rekonvalescence zrakových funkcí. V menším procentu (6–14 %) je visus 20/200 a horší. Nicméně i přes relativně dobrou úpravu zraku je patrné výrazné postižení na OCT (pRNFL, IPL, GCL). Konečné ztenčení vrstvy nervových vláken pRNFL je u MOGAD a NMOSD (AQP4-IgG) podobné (Sechi et al., 2022). V porovnání s RS pacienty je u MOGAD-ON výraznější postižení jak na OCT (pRNFL), tak i ve výsledné zrakové ostrosti (Filippatou et al., 2020; Costello et Chen, 2021).

Ve všech případech nacházíme postneuritické nablednutí papily ZN (Jitrapaikulsan et al., 2018).

OCT nálezy

U MOGAD pacientů pozorujeme změny v oblasti papily (pRNFL) i makuly (Lízrová Preiningarová, 2020). Při akutní atace s edémem papily ZN, jsou hodnoty pRNFL nad zónou hodnot normativní databáze přístroje. Edém papily ZN je popsán až v 86 % (Klistorner et al., 2008; Sechi et al., 2022). Po proběhlé atace neuritidy pozorujeme v rozmezí 3–6 měsíců snížení tloušťky pRNFL prakticky ve všech kvadrantech (Costello et Chen, 2021). Nález těžkého postižení pRNFL