

СИНДРОМ ПСЕВДО-ПСЕВДО-ФОСТЕР-КЕННЕДИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Национальный Центр Офтальмологии имени акад. Зарифы Алиевой, г.Баку, Азербайджан
Кафедра офтальмологии АзГИУВ имени А.Алиева, г. Баку*

Ключевые слова: синдром псевдо-псевдо-Фостер-кеннеди, атрофия диска зрительного нерва, отек диска зрительного нерва, менингиома, ишемическая оптическая нейропатия

Синдром Фостера-Кеннеди – сочетание односторонней атрофии зрительного нерва на стороне поражения с отеком диска зрительного нерва в другом глазу. К развитию синдрома могут приводить опухоли и абсцессы головного мозга, оптикохиазмальный арахноидит, паразитарные кисты мозга, черепно-мозговые травмы [1, 2, 3, 4, 5]. Классический синдром Фостер-Кеннеди в клинической практике встречается редко. Около 2% случаев его можно обнаружить у больных с опухолью лобной доли, менингиомой ольфакторной ямки.

Первое упоминание о синдроме Фостера-Кеннеди стало известно от Howers в 1893 году, позднее в 1909 году синдром описал Paton L., однако впервые всесторонне он был описан в 1911 году британским неврологом Kennedy F.R. [2,6]. Он отметил шесть случаев синдрома, суть которого сводилась к возникновению простой атрофии зрительного нерва со значительным снижением остроты зрения и развитию застойного диска зрительного нерва на втором глазу. Простая атрофия зрительного нерва развивается в результате непосредственного сдавления опухолью его интракраниальной части. Дальнейший рост новообразования приводит к повышению внутричерепного давления, и на стороне, противоположной опухоли, развивается застойный диск. Развитию застойного диска на стороне опухоли препятствует простая атрофия зрительного нерва, так как известно, что атрофированные зрительные волокна не отекают. На стороне застойного диска в дальнейшем может развиваться вторичная атрофия зрительного нерва [7].

В 1952 году Doboys- Poulsen предложил три варианта синдрома Фостера-Кеннеди, которые одновременно можно представить и как три последовательные стадии его течения:

1. Центральная скотома с нормальным глазным дном на одном глазу, на другом – застойный сосок;
2. Центральная скотома с простой атрофией зрительного нерва на одном глазу, на другом – застойный сосок;
3. Простая атрофия зрительного нерва со слепотой на одном глазу, на другом – вторичная атрофия (после застоя) [7].

В литературе встречаются обратный синдром Фостера-Кеннеди, синдром псевдо-Фостер-Кеннеди и редко синдром псевдо-псевдо-Фостер-Кеннеди [7,8,9,10,11,12,13,14,15].

Учитывая чрезвычайную редкость синдрома псевдо-псевдо-Фостер-Кеннеди мы решили представить следующий клинический случай.

Клинический случай

Больная Ш.Х. 1940 года рождения 21. 09. 2017 г. поступила в Национальный Центр Офтальмологии имени акад. Зарифы Алиевой. В связи с тем, что больная при поступлении была в затуманенном состоянии (наблюдались ментальные нарушения: эмоциональная лабильность, кратковременные потери памяти, а также преходящие головные боли), анамнез был собран со слов родственников, которые отметили резкое снижение зрения в правом и ухудшение зрения в левом глазу в течение месяца.

Объективно: острота зрения – OD = 1/∞ p.l. inc; OS = 1/∞ p.l. inc.

Тонометрические данные: OD – 9,9 мм рт. ст.; OS – 2,3 мм рт. ст. Реакция зрачка на свет в правом глазу была снижена, в левом – отсутствовала.

При офтальмобиомикроскопии: OU – на глазном дне просвечивали склерозированные хороидальные сосуды, ретинальные сосуды – расширены и извиты. OD – диск зрительного нерва бледный, отечный с нечеткими границами; OS – беловатый отечный диск с нечеткими границами (рис.1).

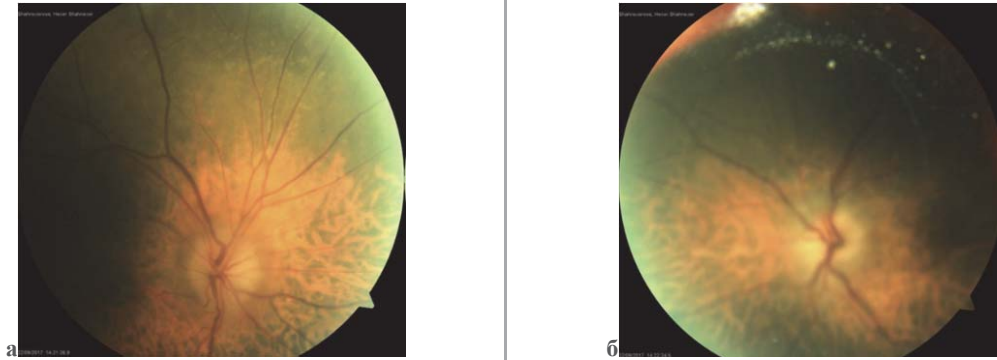


Рис. 1. Фото глазного дна в момент поступления: а) правый глаз; б) левый глаз

При исследовании зрительных вызванных потенциалов (ЗВП) были получены следующие данные: OU – латентность компонента P2 в средней степени удлинена, больше слева, амплитуда в значительной степени уменьшена. OU – наблюдалось уменьшение количества функционирующих аксонов зрительного нерва, больше слева (рис.2).

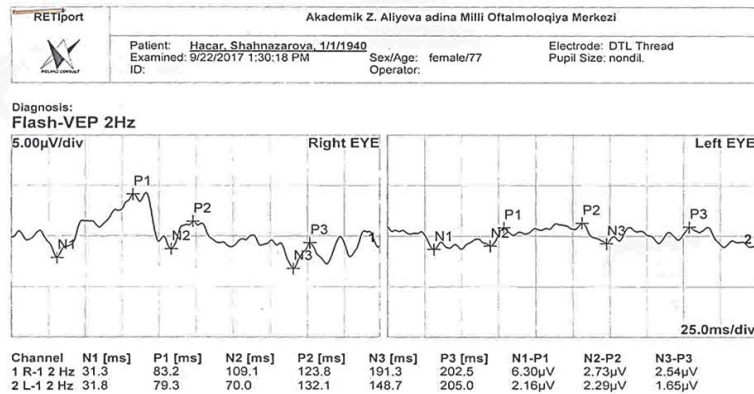


Рис. 2. ЗВП обоих глаз

Согласно данным магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга: в левой лобной доле была обнаружена менингиома размером 7-8 мм; в супратенториальной зоне-микроангиопатическая энцефалопатия; атрофия мозга средней степени (рис. 3).

При транскраниальной доплерографии во всех исследованных брахоцефальных сосудах наблюдалась патологическая доплерограмма с измененными звуковыми сигналами по склеротическому типу. Недостаточность кровотока в a.vertebralis на уровне C1- C2, C5- C7 составляла 30- 50%, в основном, на левой стороны (рис.4).

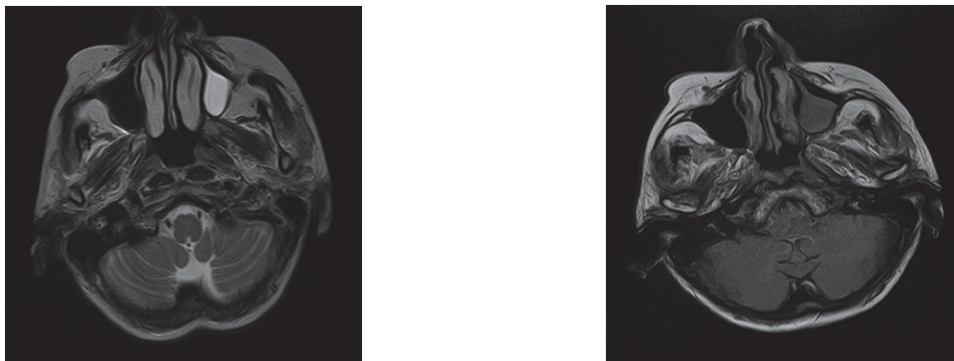


Рис. 3. МРТ головного мозга

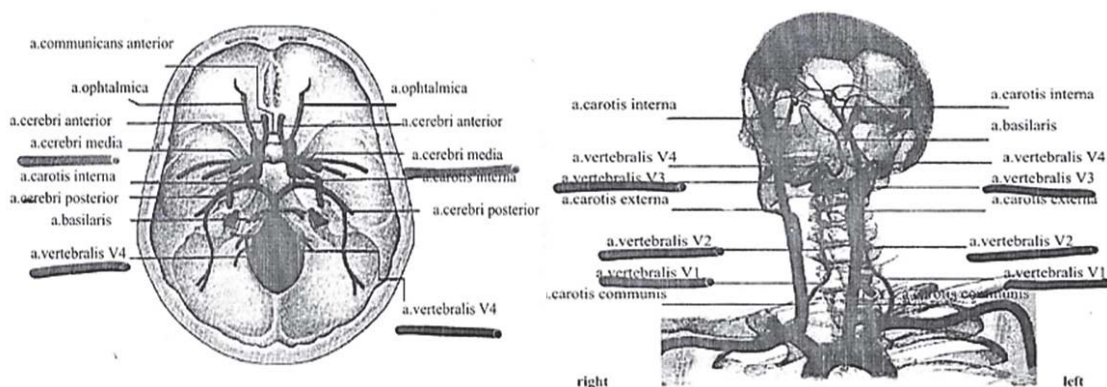


Рис. 4. Транскраниальная доплерография

Таким образом, опираясь на результаты проведенных нами исследований, которые согласуются с литературными данными, был поставлен диагноз: синдром псевдо-псевдо-Фостер-Кеннеди.

Больной был проведен курс местного лечения стероидным препаратом – Sol. Pred forte. Больная была направлена на консультацию невропатолога и нейрохирурга. Невропатолог назначил дегидратационную, ноотропную, сосудорасширяющую, метаболическую и тканевую терапию. Нейрохирург проведение оперативного вмешательства счел нецелесообразным.

Больная, находясь под наблюдением, периодически проходила обследования. Через 2 недели: острота зрения составляла: OD – 0,01 эксцентрично, OS – светоощущение. Состояние глазного дна: диски зрительного нерва бледного цвета (OD<OS), отек частично уменьшился.

Через 2 месяца: острота зрения правого глаза значительно повысилась до 0,08; левого – снизилась до 0. ТонOMETрические данные составляли: OD – 9,2 мм рт. ст.; OS – 5,8 мм рт. ст. Реакция зрачка на свет в правом глазу частично восстановилась, в левом – отсутствовала. При офтальмобиомикроскопии: OD – Диск зрительного нерва восстановился до бледно-розового цвета, границы четкие, с височной стороны наблюдалась частичная атрофия; OS – диск зрительного нерва белого цвета.

Последующий осмотр был проведен через 6 месяцев (рис.5).

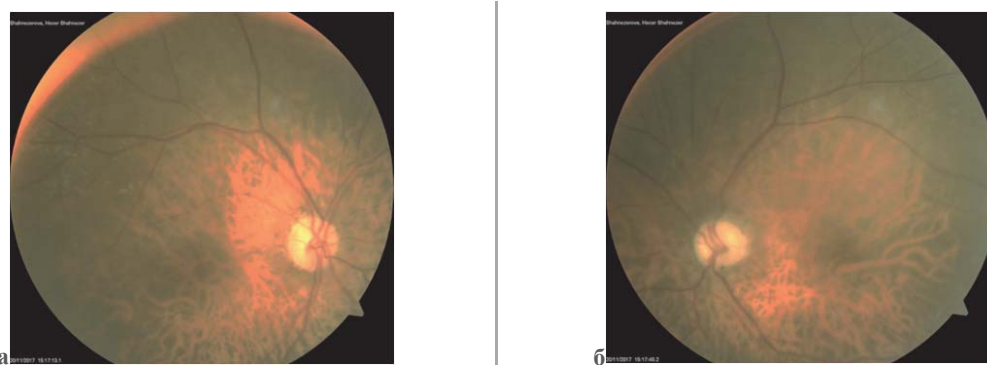


Рис. 5. Фото глазного дна через 6 месяцев: а) правый глаз; б) левый глаз

Состояние в обоих глазах стабилизировалось. Vis OD – 0,08; Vis OS – 0. ТонOMETрические данные: OD – 10,3 мм рт. ст.; OS – 8,4 мм рт. ст. Глазное дно: OD – диск зрительного нерва бледно-розового цвета с четкими границами и частичной височной атрофией, OS – диск зрительного нерва белого цвета.

Обсуждение

Редко при опухолях головного мозга наблюдают обратный синдром Фостера-Кеннеди: застойный диск зрительного нерва на стороне опухоли и простая атрофия – на противоположной стороне. Растущая опухоль смещает мозг в противоположную сторону и сдавливает там интракраниальную часть зрительного нерва, далее повышается внутричерепное давление и возникает застойный сосок на стороне опухоли. Это один из дислокационных синдромов со стороны зрительного пути. В 1968 году он был впервые описан Е. Ж. Троном [7, 8].

Синдром псевдо-Фостер-Кеннеди определяется как односторонняя атрофия зрительного нерва с отеком диска зрительного нерва в другом глазу, но при отсутствии опухоли. Очень часто встречается при билатеральном оптическом неврите или ишемической оптической нейропатии, ретробульбарном неврите, врожденной гипоплазии оптического нерва, нейросифилисе, идиопатической внутричерепной гипертензии [9, 10, 11, 12, 13].

В литературе был описан случай, именуемый Синдром псевдо-псевдо-Фостер-Кеннеди. Он определяется как классический синдром Фостер-Кеннеди, протекающий с одновременной контралатеральной ишемической оптической нейропатией [14, 15].

В 1988 году Gelwan M. с соавторами описали случай у 80-ти летней пациентки с клинической картиной схожей с нашим случаем. У нее одновременно существовало два заболевания: ишемическая оптическая нейропатия и менингиома. Наряду с атрофией зрительного нерва на стороне поражения имела место менингиома лобной доли, на контралатеральной стороне была обнаружена картина передней ишемической нейропатии. Они назвали данное состояние синдромом псевдо-псевдо-Фостер-Кеннеди [14].

Известно, что при менингиоме лобной доли у больных часто наблюдаются ментальные нарушения, что выявилось и у нашей пациентки. Хотелось бы отметить, что в представленном случае острое нарушение мозгового кровообращения (согласно данным транскраниальной доплерографии), по нашему мнению, привело к резкому снижению внутриглазного давления, хотя этот вопрос остался дискуссионным. С целью повышения внутриглазного давления и для поддержания тонуса глаза при дегидратационном лечении была назначена местная стероидная терапия. В итоге, улучшение зрения правого глаза и повышение внутриглазного давления обоих глаз после проводимого общего лечения подтвердили целесообразность проводимой терапии.

Заключение

Таким образом, синдром псевдо-псевдо-Фостер-Кеннеди является очень редким заболеванием и своевременно поставленный диагноз может предотвратить полную слепоту, вопреки тяжести этиологического фактора.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Massey E.W., Schoenberg B. Foster Kennedy Syndrome // Archives of Neurology, 1984, v.41, p.658-659.
2. Kennedy F. Retrobulbar neuritis as an exact diagnosis sign of certain tumors and abscesses in the frontal lobe // J. Med. Sciences, Thorofare, N.J., 1911, v.142, p.355-368.
3. Willacy, Hayley. Foster Kennedy syndrome. Retrieved, 2008-08-13.
4. Liang F., Ozanne A., Offret H. et al. An Atypical Case of Foster Kennedy Syndrome // Interv. Neuroradiol., 2010, v.16(4), p.429-432.
5. Pastora- Salvador N., Peralta- Calvo J. Foster Kennedy syndrome: papilledema in one eye with optic atrophy in the other eye // CMAJ, 2011, v.83(18), p.101937.
6. Paton L. A. Clinical study of optic neuritis in its relationship to intracranial tumors // Brain, 1909, v.32(1), p.65.
7. Густов А. В., Сигиранский К. И., Столярова Ж. П. Практическая нейроофтальмология. Н.:Новгород, 2000, с.55-136.
8. Трон Е. Ж. Заболевания зрительного пути. Л., 1968, с.16-98.
9. Watnick R. L., Trobe J. D. Bilateral optic nerve compression as a mechanism for the Foster Kennedy Syndrome // Ophthalmology, 1989, v.96, p.1793-1798.
10. Micieli J. A., Al- Obthani M., Sundaram A. N. Pseudo- Foster Kennedy Syndrome due to idiopathic intracranial hypertension // Can. J. Ophthalmol., 2014, v.49(4), p.99-102.
11. Bansal S., Dabbs T., Long V. Pseudo-Foster Kennedy Syndrome due to unilateral optic nerve hypoplasia: a case report // J. Med. Case Reports, 2008, v.2, p.86.
12. Desai N., Yong R. L., Doshi A. et al. Pseudo-Foster- Kennedy Syndrome with optic nerve compression by the gyrus rectus // Neurology, 2015, v.85(4), p.385.
13. Tamai H., Tamai K., Yuasa H. Pachymeningitis with pseudo- Foster Kennedy syndrome // Am. J. Ophthalmol., 2000, v.130(4), p.535-537.
14. Gelwan M. J., Seidman M., Kupersmith M. J. Pseudo- pseudo-Foster- Kennedy syndrome // J. Clin. Neuro-Ophthalmol., 1988, v.8(1), p.49-52.
15. Coyle-Gilchrist ITS, Peck L.F. Pseudo-pseudo-Foster Kennedy Syndrome // Neurology, 2015.

PSEUDO-PSEUDO-FOSTER-KENNEDİ SİNDROMU (KLİNİKİ HAL)

*Akad. Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzi, Bakı şəh., Azərbaycan
Əziz Əliyev adına Az.DHTİ, oftalmologiya kafedrası**

Açar sözlər: *Psevdo-psevdo-Foster-Kennedi sindromu, görmə siniri başının atrofiyası, meningioma, ön işemik optikopatiya*

XÜLASƏ

Klassik Foster-Kennedi sindromu beynin alın payındakı meningioma ilə əlaqədar olaraq, həmin tərəfdə gözdə görmə siniri diskinin atrofiyası, digər gözdə durğunluq diski əlaməti ilə müşahidə olunur. Təqdim olunmuş kliniki halda isə 78 yaşlı qadında beynin sol alın payının meningioması, sol tərəfli görmə siniri başcığının atrofiyası, sağ tərəfli görmə siniri başcığının ön işemik optikopatiyası ilə təzahür olunmuşdur. Aparılmış ümumi oftalmoloji müayinələrlə yanaşı, kranioserebral MRT, transkraniyal dopplerografiya, VEP, nevroloji müayinələr və dərin ədəbiyyat araşdırmalar nəticəsində xəstəyə "Psevdo-psevdo-Foster-Kennedi" sindromu diaqnozu qoyulmuşdur. Hansiki, bu klassik Foster-Kennedi sindromundan anamnezində beynin alın payının meningioması fonunda, şiş tərəfdə görmə siniri başcığının atrofiyası, əks tərəfdə isə ön işemik optikopatiyanın olması ilə fərqlənir.

Shahmalıyeva A.M., Hidayatzade S.S.*

PSEUDO-PSEUDO-FOSTER-KENNEDİ SYNDROME (CLINICAL CASE).

*National Centre of Ophthalmology named after acad. ZarifaAliyeva, Baku, Azerbaijan
Azerbaijan Institute of Postgraduate Education after A.Aliyev, Baku**

Key words: *Pseudo-pseudo-Foster-Kennedy syndrome, atrophy of the optic nerve, papilloedem, anterior ischemic optic neuropathy, meningioma*

SUMMARY

Classic Foster-Kennedy syndrome associated with the meningioma in the frontal lobe, is observed with a sign of optic atrophy on that side, and optic nerve swelling on the other eye. And in the designated clinical case it was manifested in a 78-year-old woman with the meningioma of the left frontal lobe, the optic atrophy of the left frontal lobe, anterior ischemic opticopathy of the right sided. Along with general ophthalmological examinations, in the result of cranial MRI, transcranial Doppler, VEP, neurological examination, and deep literary studies the patient was diagnosed with Pseudo-pseudo-Foster-Kennedy, which differs from classic Foster-Kennedy syndrome with the presence of meningioma of the frontal lobe in the anamnesis, optic atrophy of the tumor, and anterior ischemic opticopathy on the opposite side.

Для корреспонденции:

*Шахмалиева Айшаханум Меджмеддин кызы, доктор философии по медицине, руководитель отдела глазных осложнений диабета и витреоретинальной хирургии Национального Центра им. Зарифы Алиевой Гидаят-заде Севда Сабухи кызы, старший лаборант кафедры офтальмологии АзГИУВ им.А.Алиева
Адрес: AZ1000, г.Баку, ул. Джавадхана, 32/15.
Тел.: (99412) 569-91-36, (99412) 569-91-37
Email: administrator@eye.az; www.eye.az*