

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ / CASE REPORT

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ НА ПСЕВДО-АБДУЦЕНТНА ПАРЕЗА

РЕЗЮМЕ

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ НА
ПСЕВДО-АБДУЦЕНТНА ПАРЕЗАА. Мургова¹, Н. Каменова¹, С. Иванова¹¹ Клиника по неврни болести за двигателни
нарушения, УМБАЛНП „Св. Наум“

ABSTRACT

CLINICAL CASE OF
PSEUDO-ABDUCENS PALSYА. Murgova¹, N. Kamenova^{1,2}, S. Ivanova^{1,2}¹ Department of Movement Disorders, UMHATNP
„St. Naum“² Medical University of Sofia, Department of Neurology

Псевдо-абдуцентната пареза е рядко заболяване, при което се наблюдава лимитация на абдукцията при интактен n. abducens и съхранен вестибуло-окуларен рефлекс (VOR). Механизмите обясняващи псевдо-абдуцентната пареза все още не са напълно уточнени, но в повечето описани случаи е установена супрануклеарна увреда. Описаният случай показва типични черти на псевдо-абдуцентна увреда, с вродена непостоянна езотропия.

Ключови думи: Псевдо-абдуцентната пареза, супрануклеарна увреда, n. abducens.

N. Abducens (КН 6) излиза от nucleus n. abducens разположен в долната част на Веролиевия мост, в средата, под пода на четвърти вентрикул. Една част от аксоните на мотоневроните му се отправят нагоре и чрез fasciculus longitudinalis medialis достигат до контралатералното ядрото на n. oculomotorius за инервацията на m. rectus medialis, докато по-голямата част от тях инервират хомолатералния m. rectus lateralis. Неврологичен дефицит на екстраокуларната мускулатура може да се предизвика от супрануклеарна, нуклеарна или инфрануклеарна увреда. Супрануклеарна увреда възниква при инфаркт (най-често таламуса,

Pseudo-abducens palsy is a rare disorder in which a limitation of abduction is observed, while n. abducens and vestibulo-ocular reflex are intact. The mechanism in which pseudo-abducens palsy occurs are not yet fully understood, but in most of the cases a supranuclear lesion is observed. The case that is present in this article shows characteristics of pseudo-abducens palsy and congenital intermittent esotropia.

Key words: n. abducens, pseudo-abducens palsy, supranuclear lesion

моста и средния мозък), хеморагия, тумори, травми или инфекции на ЦНС, Множествена склероза, Лаймска болест и др. Съществуват също така и идиопатични форми.

Анатомичните механизми, обясняващи псевдо-абдуцентната пареза все още не са напълно уточнени, но в повечето описани случаи е установена супрануклеарна увреда. Една от теориите обяснява патомеханизма на псевдо-абдуцентната пареза, като вариант на интернуклеарнат офталмопареза с лезия на fasciculus longitudinalis medialis (MLF) и нарушение на връзката между контралатералното ядро на 6 КН и ип-

силатералното ядро на 3 КН. Ключово за отдиференцирането на супрануклеарна увреда е съхраненият вестибуло-окуларен рефлекс (VOR) и положителния отговор на окуло-цефалния рефлекс.

Клиничен случай: Жена на 47 год., която съобщава за падане и травма на главата преди 3 месеца. Оттогава с изява на епизоди с продължителност няколко секунди до минути, при които се наблюдава конвергенция на очите, диплопия във всички посоки, известно затруднение при проследяване на предмети във всички посоки. Някои от пристъпите са придружени от затваряне на очите, като пациентката не може да ги отвори волево. При част от тях се добавя изкривяване на устата наляво, надясно или надолу. Малко след пристъпа пациентката е с диплопия във всички посоки, преминаваща в рамките на минути. Съобщава също така за главоболие, с характеристика на тензионно. Пациентката е с проведена лумбална пункция – общо изследване: норма. Проведен е МРТ на главен мозък със съдова програма: единични интрааксиални лезии в ляво фронтално, най-вероятно със съдова генеза в рамките на ограничена съдова левкоенцефалопатия. Суспектни данни за съдово-нервен конфликт с п. abducens и п. vestibulocochlearis в дясно. В амбулаторни условия е стартиран прием на Калимин, от който пациентката не е отчела ефект.

Придружаващи заболявания: интермитентна езотропия, ревматоиден артрит, артериална хипертония и БКБ. Провежда терапия с Метотраксат, Медрол и Кандесартан.

От неврологичния статус се установява флуктоираща симптоматика от страна на КН – пристъпи на конвергиращ страбизъм и диплопия при поглед във всички посоки, миотични зеници – нереагиращи на светлина, съхранен вестибуло-окуларен рефлекс (VOR). При закриване на едното око с ръка, другият очен булб заема срединно положение в очницата. Извън пристъпите – нормален статус (изокория със

запазени зенични реакции светлина – директна и индиректна, очни булби – правилно поставени, подвижни във всички посоки, без диплопия, без нистагъм, без птоза, симетрични лицеви половици). Останалият статус – без особености.

От кръвната картина прави впечатление завишени стойности на глюкоза. Проведе се ЕЕГ – нормално за възрастта. Заболяване на невромускулното предаване беше изключено поради липса на дневна динамика в оплакванията, репетитивната нервна стимулация показва липса на нарушения на нервно-мускулното предаване от постсинаптичен тип, като при Миастения гравис и anti-AChR антитела – не се откриват. Установените негативни антитела за Лаймска болест изключиха инфекциозна етиология. Проведе се повторен МРТ на главен мозък, при който се установи съдово-нервен конфликт на окуломоторните нерви и десния отводящ нерв. Невроофталмологичното изследване потвърди, че се касае за спазъм на конвергенцията със съпътстваща миоза, съхранен вестибуло-окуларен рефлекс (VOR) като при „псевдо-абдуцентната пареза”.

Обсъждане: Преценихме, че при пациентката се касае за псевдо-абдуцентната пареза с насложена функционална компонента. Стартирахме терапия с Carbamazepine 300 mg 2x1 tb и Duloxetine 60 mg сутрин. Насочи се за провеждане на консултация с неврохирург.

Пациентката се яви се контролен преглед в клиниката след около 1 месец. Съобщи за намаляване на броя на пристъпите с конвергиращ страбизъм и диплопия, но за персистиране на тензионното главоболие. Провела е консултация с неврохирург, като е преценено, че не е необходима оперативна интервенция.

Преценихме, че е уместно да повишим дозата на Carbamazepine 300 mg 3x1 tb и заменихме приемания Duloxetine с Amitriptyline.

Заклучение: Псевдо-абдуцентната пареза се подозира при лимитация на абдукцията и липса на нуклеарна или инфрануклеарна увреда. За разлика от парализата на n. abducens, при нея се установява съхранен VOR. Този клиничен случай, подчертава необходимостта от оценяване на супрануклеарните функции при пациенти с дефицит на абдукцията.

Литература:

1. Biouesse, V. Cerebrovascular diseases. In: Miller, N., Newman, N., Biouesse, V., Kerrison, JB., eds. Walsh & Hoyt's Clinical Neuro- Ophthalmology, 6th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2005, 1967, 2168.
2. Bronstein, A. Vestibular reflexes and positional manoeuvres. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2003, 74, 289-293.
3. Deleu, D., Imam, Y., Mesraoua, B., Salem K. Vertical one-and-a-half syndrome with contralesional pseudo-abducens palsy in a patient with thalamomesencephalic stroke. J Neurol Sci 2012, 311, 80.
4. Levin, L.A., Nilsson, S.F., Ver Hoeve, J., Wu, S.M., Kaufman, P.L., Alm, A. Adler's Physiology of the Eye. 11th e.d. New York, NY: Saunders Elsevier, 2011, 220.
5. Miller, N.R., Newman, N.J., Biouesse, V., Kerrison, J.B. Walsh & Hoyt's Clinical Neuro-Ophthalmology, 6th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins. Neuro-ophthalmologic manifestations of nonorganic disease, 2005, 1315.
6. Rissardo, J.P., Ali, H.Th., Riaz, A., Caprara, A. Isolated pseudoabducens palsy and contralateral occipital headache with thalamic stroke: A case report and minireview of the literature. Med Int (Lond), 2024 Feb 22, 4(2), 18.
7. Reid, M. S., Scott, A. D., Reagan, L., Reid, J. P., Scott, W. Clinical Presentation of Pseudo-Abducens Palsy, American Academy of Optometry, 2015, VOL. 92.
8. Suzuki, D., Kikuchi, K., Suzuki, Y. World Neurosurgery: Vertical „Half-and-Half” Syndrome with Ipsilateral Pseudoabducens Palsy due to Rostral Midbrain Lacunar Infarction. Volume 190, October 2024, Pages 20-21.
9. Thomas, C., Dawood, S. Cranial nerve VI palsy (Abducens nerve) Dis Mon. 2021, 67(101133).
10. Zee, D.S., Newman-Toker, D.E. Supranuclear and internuclear ocular motility disorders. In: Miller, NR, Newman, NJ, Biouesse, V, Kerrison, JB. Walsh & Hoyt's Clinical Neuro-Ophthalmology,

6th ed. Philadelphia, PA: Lippincott-William & Wilkins, 2005, 920-2.

Адрес за кореспонденция:

д-р Антония Мургова

Клиника по неврни болести за двигателни нарушения, УМБАЛНП „Св. Наум”

ул. „Д-р Л. Русев” 1, София, България

e-mail: amurgova@svnaum.com

Address for correspondence:

Antonia Murgova, MD

Department of Movement Disorders, UMHATNP „St. Naum”

1, L. Russev Str.

1113, Sofia, Bulgaria

e-mail: amurgova@svnaum.com