

NEURITIS OPTIK

PAMERAN

16 NOV 1992



OLEH :
DIANY YOGIANTORO
LAB./UPF. ILMU PENYAKIT MATA F.K. UNAIR./
RSUD. DR. SOETOMO SURABAYA.

IS/RP/PWA/HI/92

OPTIC NEURITIS

KKU

KK

617.73

Yog

n

NEURITIS OPTIK



OLEH :
DIANY YOGIANTORO
LAB./UPF. ILMU PENYAKIT MATA F.K. UNAIR./
RSUD. Dr. SOETOMO SURABAYA.

MILIK
PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

15/RP/PUA/H/92

NEURITIS OPTIK
OLEH :
DIANY YOGIANTORO
LAB./UPF. ILMU PENYAKIT MATA F.K. UNAIR./
RSUD. Dr. SOETOMO SURABAYA.

PENDAHULUAN .

Neuritis optik harus dibedakan dengan penyakit lain yang memberikan gejala edema papil monokuler.

Neuritis optik sering tidak berdiri sendiri, bukan suatu kelainan primer walaupun jarang sekali dapat ditemukan penyakit primernya.

Ungkapan "The patient sees nothing and the doctor sees nothing" berlaku untuk neuritis optik retrobulber.

Dalam hal ini penderita kabur mendadak bahkan bisa sampai buta, sedangkan pada pemeriksaan kita tidak mendapatkan kelainan fundus okuli yang nyata.

Dengan memahami gejala-gejala, perjalanan penyakit serta diagnosa banding dari neuritis optik diharapkan kita bisa menegakkan diagnosa serta penentuan penatalaksanaan.

Batasan :

Neuritis optik adalah peradangan saraf optik yang dapat disebabkan oleh demielinisasi, intoksikasi, degenerasi, infeksi dan lain-lain.

Pembagian :

1. Neuritis intraokuler atau papilitis :

bila proses radang terdapat pada pupil saraf optik, ditandai dengan edema papil.

2. Neuritis retrobulber :

bila proses radang terdapat pada saraf optik dibelakang bola mata, tanpa disertai kelainan pundus okuli.

Gambaran fundus.

1. Papilitis :

- Pada stadium dini tampak papil saraf optik batas kabur dan tampak hiperemi, batas kabur dan terjadi distensi vena. Bisa terjadi perdarahan "flame-shaped" atau "splinter" peripapiler.
- Proses lebih lanjut tampak edema papil, tetapi elevasi tidak lebih dari 3 Dioptri (1 mm).
- Pada stadium lanjut berakhir dengan atrofi papil sekunder.

2. Neuritis retrobulber :

- Pada stadium dini papil saraf optik tampak normal.
- Pada stadium lanjut tampak atrofi papil primer.

Gambaran klinik.

Neuritis optik biasanya mengenai satu mata dan terdapat pada usia muda (20-50 tahun), lebih sering pada wanita dibandingkan pria (2:1).

Tajam penglihatan menurun mendadak dalam beberapa jam sampai beberapa hari.

Lapang pandangan mengalami gangguan pada 90% kasus berupa skotoma, bentuk sirkuler bervariasi dalam ukuran.

Jarang berupa defek arkuat atau altitudinal.

Nyeri periokuler atau nyeri dibelakang mata biasanya menyertai penurunan tajam penglihatan dan nyeri meningkat apabila bola mata digerakkan.

Nyeri terjadi pada lebih dari 80% kasus.

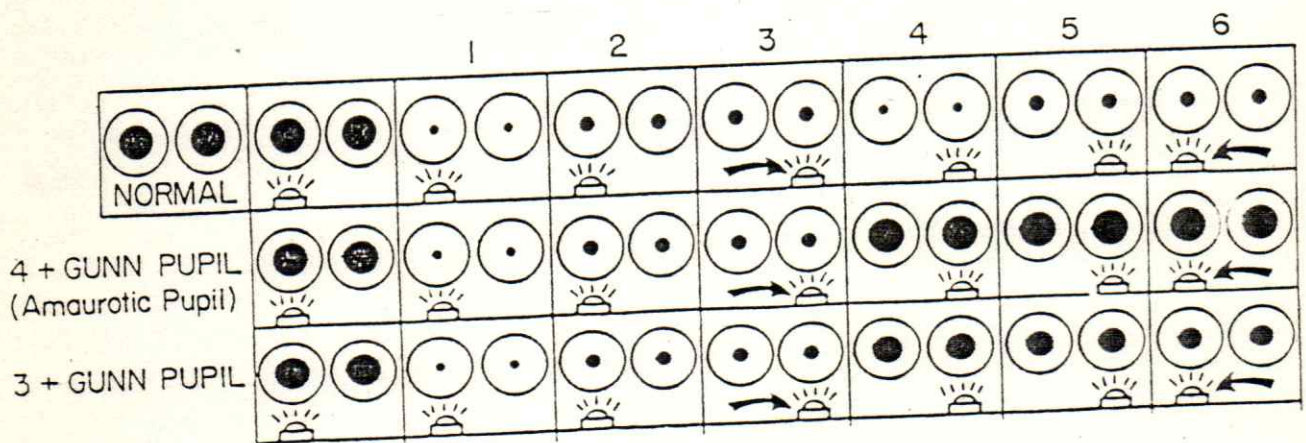
Pupil Marcus Gunn atau "Swinging Flashlight Test" atau "Relative Afferent Pupillary Defect".

Pada keadaan normal apabila berkas cahaya dilayangkan dari satu pupil ke pupil mata yang lain, maka dalam beberapa detik kedua pupil akan mengecil dengan dilatasi ringan diantara gerakan layang tersebut.

Apabila terdapat gangguan pada salah satu saraf optik (terutama hambatan "neural transmission"), maka bila sinar dilayangkan dari mata sehat ke mata yang sakit, pupil akan melebar .

Keadaan ini disebut pupil Marcus Gunn (lihat skema 1).

Skema 1.



Disalin dari : Neuro-Ophthalmology Board Review Manual oleh Frank J. Bajandas, M.D. hal 115.

Penyebab.

1. Idiopatik : tidak diketahui penyebabnya.
2. Sklerosis multipel : dilaporkan kasus-kasus dengan neuritis optik sekitar 85% mempunyai resiko tinggi menderita sklerosis multipel.
3. Infeksi virus : neuritis optik sebagai akibat dari infeksi virus biasanya bilateral dan terjadi pada anak-anak atau dewasa muda. misalnya infeksi karena measles, mumps atau herpes zoster.
4. Peradangan granulomatous : sifilis, sarkoidosis.
5. Lain-lain : intoksikasi obat, sinusitis, tuberkulosis, penyakit paralitis

Diagnosa banding.

1. "Anterior Ischemic Optic Neuropathy"
Adalah suatu keadaan iskemi sampai infak dari saraf optik bagian depan (daerah prelaminar, laminar dan retrolaminar).
2. Herediter : "Leber's Optic Neuropathy".
Adalah suatu keadaan heredititer yang terdapat pada usia muda dan kebanyakan pria.
Setelah satu mata terserang, diikuti dengan mata satunya selang beberapa minggu.
Penurunan tajam penglihatan tanpa disertai rasa nyeri.
Kelainan fundus yang patognomonis adalah adanya "peripapillary telangiectatic vessels" tampak didalam "peripapillary nerve fiber layer yang membengkak.
3. Penekanan saraf optik : apabila penekanan menyebabkan penurunan tajam penglihatan, berarti proses sudah

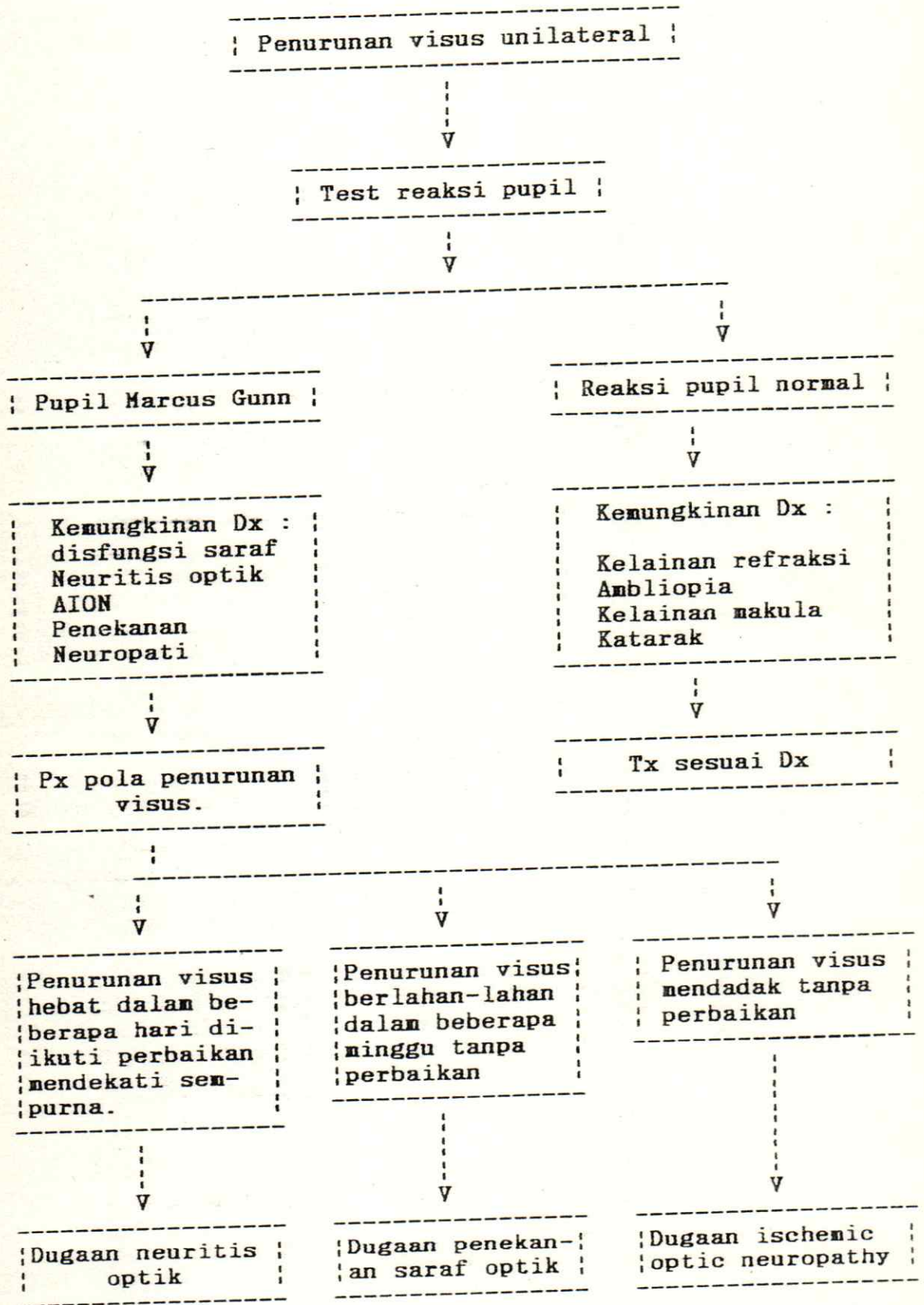
berlangsung lama.

Gejala-gejala lain yang menyertai misalnya gangguan orbita berupa proptosis, terbatasnya penggerakan bola mata. Bila penekanan berasal dari intrakranial, mata lainnya akan terkena pula disertai gangguan lapang pandangan ("junctional scotoma").

Skema 2 Diagnosa banding

Neuritis optik	Anterior Ischemic Optik Neuropathy
<ul style="list-style-type: none"> - Usia muda, wanita > - Monokuler - Skotoma sentral - Persepsi warna terganggu, tak sesuai dengan penurunan visus. - Nyeri khas menyertai pergerakan bola mata - Perbaikan visus sering. - Respons terhadap steroid masih tanda tanya - ESR (Erythrocyte Sedimentation Rate) normal 	<ul style="list-style-type: none"> - Biasanya > 50 tahun - Mula-mula monokuler sering menjadi binokuler. - Skotoma arkuat atau altitudinal. - Persepsi warna terganggu sesuai penurunan visus - Biasanya tidak nyeri - Perbaikan visus jarang. - Steroid mengurangi gejala menekan terserangnya mata satunya, mungkin mengurangi kekambuhan. - ESR abnormal bila "Giant cell arteritis" sebagai penyebabnya

Skema 3. :
Ringkasan Pemeriksaan dan Diagnosa Banding Neuritis Optik.



Pengobatan.

Yang paling ideal adalah pengobatan ditujukan pada penyebabnya.

Bila penyebabnya tidak diketahui, biasanya hasil pengobatan tidak memuaskan. Setelah kita menegakkan diagnosis suatu neuritis optik, maka timbul dilema apakah penderita akan diberi pengobatan steroid sistemik atau retrobulber atau sama sekali tidak diberi pengobatan.

Steroid dikatakan tidak mengobati penyakitnya. Yang dapat dilakukan adalah menekan peradangan atau reaksi imun, menghilangkan rasa nyeri dan mempercepat proses penyembuhan.

Bird (1976) mengatakan bahwa pengobatan dengan steroid mungkin mempercepat perbaikan visus, tetapi tidak mempengaruhi derajat perbaikan visus.

Penggunaan steroid tidak mencegah kemungkinan kambuhnya neuritis optik.

Jadi pada neuritis optik pemberian steroid tidak dianjurkan kecuali bila terdapat nyeri hebat, penyakitnya bilateral, atau mulai menyerang mata yang lebih baik.

Kontraindikasi pengobatan steroid pada kasus-kasus dimana gangguan penglihatan dan lapang pandangan sudah beberapa minggu atau beberapa bulan, dan sudah tampak atrofi papil saraf optik.

Apabila telah diputuskan untuk mengobati penderita dan tidak ada kontraindikasi penggunaan kortikosteroid sistemik, maka jadwal pengobatan sebagai berikut :

1. Predinon oral : 60-80 mg/hari yang diturunkan bertahap

sesuai respons.

2. Kortikosteroid megadose intravenous, misalnya methyl prednisolone 250 - 500 mg tiap 6 jam selama 3 - 7 hari, kemudian dihentikan atau diikuti dosis tapering Prednison oral (Spoor et al 1988).

Dalam hal ini efek samping dari steroid seyogganya diawasi dengan ketat.

Berbagai pengobatan lain yang dianjurkan adalah obat anti radang non steroid, neurotropik dan lain-lain.

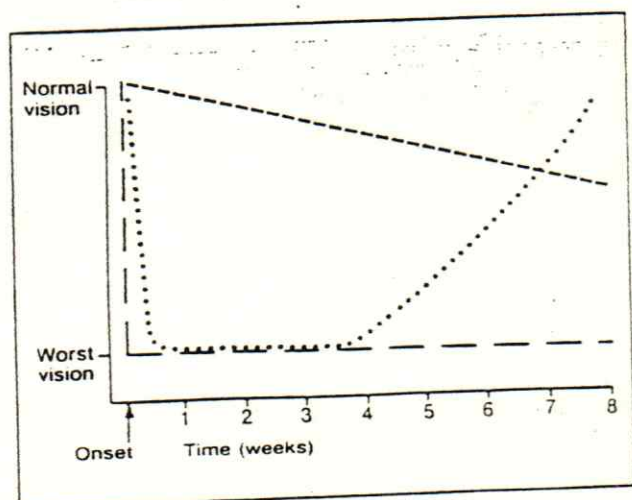
Bila ditemukan adanya infeksi ditempat lain maka dapat diberikan antibiotika.

Prognosis

Penurunan visus yang mendadak terjadi dalam beberapa jam sampai beberapa hari. Tajam penglihatan mulai membaik 2 - 3 minggu setelah itu, tetapi kadang-kadang kembali normal dalam beberapa hari.

Dengan timbulnya atrofi papil saraf optik mempunyai arti bahwa telah terjadi destruksi permanen dan sabut saraf yang mengakibatkan penurunan visus yang menetap.

Gambar 1. :
Pola penurunan visus pada :
Neuritis optik.
AION
Penekanan/infiltratf
Nemopati.



Ringkasan

Untuk menegakkan diagnosa suatu neuritis optik diperlukan pengetahuan mengenai diagnosa banding yang cepat.

Pemeriksaan "Swinging Flashlight test" atau pupil Marcus Gunn mempunyai arti yang cukup penting, khususnya pada neuritis retubulber.

Dengan menjungkirkan penekanan saraf optik yang berasal dari intrakranial, sudah berarti penghematan biaya bagi penderita.

DAFTAR PUSTAKA

1. Ashworth zb., Isherwood I. : Clinical neuro-ophthalmology
Blackwell scientific publications. London 1981.
2. Bajandas F.J. : Neuro-ophthalmology Board Review Manual.
Charles B. Slack U.S.A. 1980.p.115.
3. Coles W.H. : Ophthalmology A. Diagnostic Text.
Williams & Wilkins U.S.A. 1989.p. 101 - 102.
4. Elliot I.D. : Optic Neuritis : A. guide to management.
Medical Progress, September 1989.p. 53-57.
5. Glaser J.S. : Neuro-ophthalmology. Harper & Row
Publishers. London 1976.p. 104 - 107.
6. Kritzinger E.E., Beanmoart H.M. : A colour Atlas of Optic
Disc Abnormalities. Wolfe Medical Publication Ltd.
England. 1987.p.59 -61.
7. Lessel S., Dalen J.T.W. : Current neuro-ophthalmology vol.1.
Year Book Medical Publishers, U.S.A., 1988. p. 3 - 7.
8. Tanzil, M. : Makalah Neuro-oftalmologi.

PAMERAN

16 NOV 1992

PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
KOLEKSI KAMPUS : U T A R A
JL. DHARMAHUSADA 47, TELP. 44509
S U R A B A Y A

HARUS DIKEMBALIKAN TANGGAL

KE 61 Yc n		KKU li — — — — — — — —
---------------------	--	---

1902 111970 1902 111970 1902 111970	1902 111970 1902 111970 1902 111970	1902 111970 1902 111970 1902 111970
---	---	---

